

SORAYA FIGUEIREDO DE SOUSA

**A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO
NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2012

SORAYA FIGUEIREDO DE SOUSA

**A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO
NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário
Co-Orientadora: Profa. Dra. Elza Machado Melo

BELO HORIZONTE/MG
2012

S725r Sousa, Soraya Figueiredo de.
A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais [manuscrito]: um estudo de caso. / Soraya Figueiredo de Sousa. -- Belo Horizonte: 2012.
99f.: il.
Orientador: Soraya Almeida Belisário.
Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Gestão em saúde. 2. Emergências. 3. Atenção à Saúde. 4. Integração de Sistemas. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WA 525

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Sub-coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Representantes Docentes

Prof^a. Carla Jorge Machado

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes Discentes

Gustavo Machado Rocha

Larissa Fortunato Araújo



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

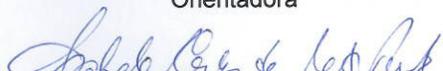
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Soraya Almeida Belisário, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Maria Rizioneide Negreiros de Araujo, Daisy Maria Xavier de Abreu, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO.”** apresentada pela aluna **Soraya Figueiredo de Sousa** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 15 de fevereiro de 2012


(Profa. Soraya Almeida Belisário
Orientadora


Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto


Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo


Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu

Dedico este trabalho aos meus pais, Lauro e Gilda, e a toda a minha família,
pelo estímulo ao meu crescimento acadêmico e pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me possibilitar a concretização de mais uma etapa acadêmica.

À Prof.^a Soraya Almeida Belisário, uma orientadora presente, incentivadora e que me acompanhou em cada fase desta trajetória. Agradeço pelo aprendizado, pelas ricas orientações na escola e pela contribuição na realização desta pesquisa.

Aos professores da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da UFMG, que foram grandes colaboradores nesta etapa da minha vida.

Aos profissionais da informática do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e especialmente ao Artur, do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG).

Aos meus pais, Lauro e Gilda (presentes que Deus me deu), por terem feito de tudo para me ajudar em todos os momentos desta caminhada; pela paciência, compreensão, carinho, amor e oração.

À tia Marlene Figueiredo, que me fortaleceu nesta caminhada com suas preciosas orações.

Aos meus familiares e amigos por compreenderem minha ausência e por torcerem por mim.

À amiga Heloisa Araujo, que sempre torceu pelo meu sucesso e aprendizagem na vida.

Ao Prof. Eugênio Vilaça Mendes, que foi o grande inspirador na seleção do meu objeto de estudo, pela generosidade nas informações, no fornecimento de documentos preciosos e pela sua disponibilidade nas discussões.

Aos membros do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da macrorregião norte de Minas Gerais, que se prontificaram em colaborar e, assim, permitiram que eu aprendesse muito no percurso desta pesquisa.

À Prof.^a Maria Rizoneide, que sempre buscou deixar clara a importância do aprimoramento do conhecimento.

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pelo apoio para a realização deste projeto.

De forma especial, à equipe de Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, ao Dr. Rasível dos Reis e ao Dr. Welfane Cordeiro, pela disponibilidade às consultas, e à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, que colaborou dando todas as condições para a realização da pesquisa. Agradeço de maneira singular à Dra. Olívia Loiola e a Sra. Marilda Silva, que não mediram esforços para que tudo funcionasse da melhor forma.

Ressalto o incentivo e o apoio de Gilberto Rezende e Fernando Leles, que entenderam a importância da pesquisa e possibilitaram a sua realização.

A Ana Paula Nogueira, Helen Cristiny Couto, Marli Nacif, Nayara Dornela e Rita Ana Lima, grandes amigas e incentivadoras da pesquisa.

Enfim, a todos vocês que torceram por mim, peço a Deus que os abençoe muito!

“Saber não é suficiente, é preciso aplicar.
Vontade não é suficiente, é preciso fazer.”
Goethe

RESUMO

A atenção a Urgência e Emergência é um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde e demanda dos gestores sua organização. Questões como mudanças demográficas e o aumento dos acidentes contribuem para a intensificação na utilização dos serviços, fazendo com que fique ainda mais urgente essa estruturação. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com a finalidade de organizar a atenção a urgência e emergência no estado, propôs a construção da pioneira Rede de Atenção de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Esta pesquisa teve por objetivo geral compreender o funcionamento dessa Rede, a partir do estudo do seu Comitê Gestor, e como específicos: descrever o processo de implantação da Rede de Atenção de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais; descrever a dinâmica organizacional do Comitê Gestor (CG); identificar os fatores dificultadores e facilitadores para ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas Gerais; e sistematizar as propostas apresentadas para a melhoria do funcionamento da RAUE/MNMG. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo Estudo de Caso. A coleta de dados se deu mediante pesquisa documental, observação e entrevistas com informantes-chave, membros do Comitê Gestor e profissionais da Secretaria de Estado que o acompanham. Utilizou-se o método de análise de conteúdo tendo sido estabelecidas as seguintes categorias: criação/implantação, funcionamento, dificuldades, facilidades, avanços e propostas. Os resultados apontaram que o processo de criação da rede foi embasado na literatura e em experiências internacionais e sua implantação ocorreu por meio da realização de oficinas de alinhamento conceitual sobre Redes de Atenção à Saúde. Seu funcionamento se dá pela ação do complexo regulador composto pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Macrorregional e a Central de Regulação Assistencial associados à Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional. Apontaram também dificuldades, facilidades e avanços no processo. Entre as principais dificuldades estão o modelo de financiamento; a extensão territorial; o desequilíbrio entre as microrregiões; o não cumprimento dos procedimentos pactuados por algumas microrregiões, o despreparo dos profissionais e a rotatividade dos mesmos. Entre as principais facilidades, tem-se a implantação da rede, a criação do Comitê Gestor; a regionalização do Serviço de Atenção Móvel de Urgência; a adoção da classificação de risco; melhorias no acesso e na estrutura dos serviços; o compromisso dos atores no processo de implantação; a adesão dos municípios e o suporte do Estado. Já os avanços foram o maior acesso; a redução da mortalidade por causas indefinidas; a melhoria na resolutividade dos serviços; e a descentralização de serviços de média e alta complexidade para outros municípios da macrorregião. Conclui-se ser este um processo complexo, dinâmico, que envolve diversos e diferentes atores. Trata-se de ação pioneira e ousada, que, a despeito das dificuldades, tem se mostrado bastante positiva.

Palavras-Chave: Gestão de saúde; Emergência; Urgência; Rede de Atenção à Saúde; Integração de Sistemas.

ABSTRACT

Emergency health care is a challenge to be faced by the Unified Health System and demands organization from the health managers. Issues such as demographic changes and increased numbers of accidents contribute to a more frequent utilization of services, making their structuring even more urgent. The State Secretary of Health of Minas Gerais (SES/MG), with the purpose of organizing the emergency health care in the state, has proposed the implementation of the Emergency Network in the Northern Macro-region of Minas Gerais. This research is aimed to understand the functioning of this network through studying its Managerial Committee (CG). The specific objectives were to describe the implementation process as well as the organizational dynamics of the Managerial Committee, identify the obstacles faced by the project, and also the positive aspects which can contribute to the process of implementing and managing the Emergency Network in the Northern Macro-region of Minas Gerais, and systemizes the proposals presented in order to better the functioning of the RAUE/MNMG. It consists of qualitative and exploratory research in the form of a case study. The data was collected through documental research, observation and interviews with key personnel, members of the Managerial Committee and professionals of the Secretary. The contents of the analysis were used to establish the following categories: creation/implementation, operation, progress, difficulties, positive aspects which helped the implementation and management, improvements and proposals. The results show that the process of the Network creation was grounded in writings and international experiences and its implementation occurred because of the realization of workshops which aligned the conceptual idea to the health network. Its functioning happened because of the actions of the regulating authorities which are the macro-regional Emergency Mobile Attention Service (SAMU) and the Center for Regulation Assistance in association with the Macro-regional Bi-party Inter-management Commission. The results point at difficulties, but also at positive aspects and advances. On the negative end are the financing model, the large territory, unequal micro-regions, micro-regions that don't follow agreed procedures, the workers' lack of preparation and their high turnover. On the positive end are the implementation of the network, the creation of the Committee, the regionalization of the Emergency Mobile Health Care, the classification of risk, improvements to access of services, commitment to implement processes, and the support from municipalities and from the State. As for advances, we highlight the better access to the services, a reduction in unexplained mortalities, improvement in resolution of services and a decentralization of medium and complex cases to other municipalities within the macro-region. We conclude that this is a complex and dynamic process that involves many different actors. This is an innovative and audacious action, which despite the difficulties has proved to be very positive.

Keywords: Health Management; Emergency; Urgency, Health Care Network; Systems Integration.

LISTA DE SIGLAS

ABS –	Atenção Básica de Saúde
APS –	Atenção Primária à Saúde
APH –	Atendimento Pré-Hospitalar
APVP –	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CF –	Constituição Federal
CG –	Comitê Gestor
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
COEP –	Comitê de Ética e Pesquisa
CR –	Complexo Regulador
CRA –	Central de Regulação Assistencial
CRUE –	Central de Urgência e Emergência
GE –	Governo Estadual
GF –	Governo Federal
MN –	Macrorregião Norte
MG –	Minas Gerais
MS –	Ministério da Saúde
PDR –	Plano Diretor de Regionalização
PMDI –	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PSF –	Programa de Saúde Família
RAS –	Rede de Atenção à Saúde
RAUE –	Rede de Atenção à Urgência e Emergência
SAMU –	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES –	Secretaria de Estado de Saúde
SRS –	Superintendência Regional de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UE –	Urgência e Emergência
USA –	Unidade de Suporte Avançado
USB –	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2	OBJETIVOS.....	27
3	ARTIGO I – REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MINAS GERAIS: ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS	28
	INTRODUÇÃO.....	29
	MÉTODO.....	31
	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONCEITOS	31
	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITOS.....	36
	MARCOS REGULATÓRIOS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL .	38
	ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MINAS GERAIS	44
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS	50
4	ARTIGO II – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO	60
4.1	INTRODUÇÃO.....	61
4.2	MÉTODO.....	62
4.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
4.3.1	CRIAÇÃO/IMPLANTAÇÃO.....	64
4.3.2	FUNCIONAMENTO	68
4.3.3	DIFICULDADES	71
4.3.4	FACILIDADES.....	77
4.3.5	AVANÇOS	78
4.3.6	PROPOSTA	80
4.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS	83
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	APÊNDICES.....	90
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	91
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para os membros do Comitê Gestor	92
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para servidores da SES/MG – Nível Central.....	93
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista para servidores da Superintendência Regional	

de Saúde de Montes Claros.....	94
APÊNDICE E – Roteiro de Observação.....	95
ANEXOS.....	96
ANEXO A – Cópia de aprovação do COEP da UFMG.....	97
ANEXO B – Cópia da ata do exame de qualificação.....	98
ANEXO C – Cópia da ata da defesa da dissertação.....	99

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os serviços de Urgência e Emergência (UE) se constituem, normalmente, como força centrípeta do usuário ao sistema de saúde.¹ Com serviços abertos 24 horas, os prontossocorros, tendem a ser a porta de entrada dos usuários,² atraindo indivíduos de todos os níveis de atenção, dentre eles “pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da Atenção Primária e Especializada, e as urgências sociais”.³

Na perspectiva de Coutinho (2010), a Atenção Primária à Saúde (APS) deveria assumir a responsabilidade pelo ingresso dos usuários ao sistema de saúde a partir da organização da rede de cuidado. Já aos hospitais, caberia atuar como lugares reservados “aos pacientes em condições clínicas mais severas, que exigem cuidados contínuos e em situações de risco”.⁴ Todavia, apesar dos avanços que ocorreram na APS, as limitações perduram no atendimento às urgências. Há um excesso de normatização na rede básica de saúde, cujas diretrizes se refletem no Programa Saúde da Família, principalmente no agendamento de ações e na determinação de horários específicos para o atendimento de determinada clientela.⁵ Já no serviço de emergência, Coutinho (2010) pondera que há facilidade no acesso em razão da disponibilidade de horário de médicos (24 horas/dia), havendo possibilidade de execução imediata de procedimentos diagnósticos e facilidade à internação hospitalar.

A porta de entrada das grandes emergências demonstra o problema que a UE se tornou para a atenção à saúde, destacando-se as reclamações dos usuários em relação ao atendimento nesses serviços e os conflitos entre profissionais de saúde e as pessoas atendidas.⁶ No Brasil ou no exterior, seja no setor público ou privado, há um crescente acúmulo de doentes nos serviços de emergência, o que acarreta uma sobrecarga nos

¹ MAGALHÃES JÚNIOR. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de Atenção regulada de Urgência e Emergência, 2005.

² BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.

³ *Ibidem*, p. 55.

⁴ COUTINHO. Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial, 2010, p. 76.

⁵ FRANCO, 2006, *apud* COUTINHO. Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial, 2010.

⁶ MAGALHÃES JÚNIOR. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de Atenção regulada de Urgência e Emergência, 2005.

mesmos.⁷ No sistema brasileiro de atenção às urgências, mesmo com os avanços em relação à definição de conceitos e inclusão de novas tecnologias devido à organização de redes, o atendimento tem ocorrido predominantemente nos hospitais.⁸

Atualmente, no Brasil, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade, com superlotação de prontos-socorros, número insuficiente de profissionais, ausência de treinamento ou reciclagem dos mesmos, demanda em excesso ou inadequada, recursos insuficientes com gerenciamento precário, transporte fragmentado e desorganizado, ausência de assistência especializada de urgência, atendimento e acúmulo de pacientes de baixo risco e sem planejamento efetivo.⁹

Em outras palavras, o atendimento nos serviços de UE é ainda, na maioria dos casos, realizado independentemente da capacidade, dos equipamentos, ou da estruturação para tal e com a ausência de avaliação da situação da doença, sendo priorizada a ordem de chegada dos pacientes, sem qualquer classificação de risco.¹⁰

Para o Ministério da Saúde, “o aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade”.¹¹ Esse impacto, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser notado pelo crescimento dos gastos com internações hospitalares e também pelo crescimento da assistência em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e pela alta taxa de permanência hospitalar dos pacientes da UE.¹² Já em relação às questões sociais, é possível verificar esse impacto pelo crescimento de 30% do índice dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)¹³ em razão de acidentes e

⁷ O'DWYER; MATTA; PEPE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, 2008.

⁸ GARLET *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência, 2009.

⁹ O'DWYER; MATTA; PEPE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, 2008. MARQUES, A. J. S. *et al.* Rede de Urgência e Emergência, 2010.

¹⁰ BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.

¹¹ *Ibidem*, p. 55.

¹² BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.

¹³ O APVP é um indicador que possibilita que, a partir da frequência de mortes e idade da morte de cada indivíduo, se possa calcular a magnitude (quantidade de óbitos) e a transcendência, ou valor social da morte, expressa pela precocidade de sua mortalidade. LUCENA; SOUSA. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Aids, 2009.

violência nos últimos anos comparados ao decréscimo desse mesmo índice quando se trata de causas naturais.¹⁴

Além dos problemas relacionados à violência, as sérias dificuldades da UE se dão, também, pelas questões econômicas, pela falta de resolutividade de ações e serviços devido à insuficiente estruturação da rede assistencial, pela ineficiência da APS nas condições crônicas e pela incapacidade de organização do setor hospitalar.¹⁵ Como consequência de todos esses problemas, tem-se a superlotação das salas de espera e corredores, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação.¹⁶

Entende-se que um dos grandes problemas a serem superados no SUS é a gestão do sistema de UE, efetivando o princípio doutrinário da integralidade do SUS. Uma maior organização do sistema asseguraria a resolutividade dos serviços de UE e, conseqüentemente, traria maior qualidade ao atendimento ao usuário. Para isso, devem-se considerar alguns fatores: “geografia, demografia, condição socioeconômica da região, aspectos culturais e profissionais, condições de investimento em saúde de determinada região, dentre outros”.¹⁷

Esses fatores influenciam na acessibilidade, no tempo de espera, na classificação de risco e na adequação do atendimento ao indivíduo nos serviços de UE, e podem impactar nos agravos da condição de vida do usuário.¹⁸ Além disso, a intervenção dos profissionais qualificados,¹⁹ bem como a disponibilidade tecnológica pelo prestador de serviço,²⁰ também são fatores preponderantes para esse momento no cuidado do ser humano.

¹⁴ BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.

¹⁵ BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006. O'DWYER; MATTA; PEPE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, 2008. GARLET *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência, 2009.

¹⁶ SANTOS *et al.* Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização, 2003.

¹⁷ SCARPELINI. A Organização do Atendimento às Urgências e Trauma, 2007, p. 319.

¹⁸ LOPES, Mário. O Sistema de Atendimento das Emergências Médicas, 1989. O'DWYER; MATTA; PEPE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, 2008.

¹⁹ MAGALHÃES JÚNIOR. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de Atenção regulada de Urgência e Emergência, 2005.

²⁰ O'DWYER; MATTA; PEPE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, 2008.

Ao se considerarem esses impactos decorrentes da organização da atenção na urgência e emergência, nota-se que a integralidade das ações só será possível com a formação de redes regionalizadas e integradas, cujas decisões serão tomadas por consenso e contando com envolvimento e responsabilidade dos três entes federados.²¹ Por outro lado, é necessário também um desempenho de um sistema de regulação com referência e contrarreferência e em conjunto com a triagem intra-hospitalar para que se possa favorecer a continuidade do atendimento após o atendimento emergencial.²²

É nesse contexto que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) apresentou como proposta para a atenuação da fragmentação da assistência a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando a integrar os serviços de saúde. As RAS foram definidas conforme a identificação das situações-problema de saúde encontradas no estado. A UE mereceu destaque como parte de um Projeto Estruturador, denominado Regionalização da Atenção à Saúde, no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Este é o resultado do planejamento estratégico do Governo de Minas Gerais, o qual estabelece o conjunto de escolhas para alcançar a meta que se deseja cumprir no período de 2007 a 2023: “Minas, o melhor Estado para se viver”. O projeto Regionalização de Atenção à Saúde busca fortalecer a atenção no SUS de forma regionalizada e cooperativa, garantindo a implantação de RAS.²³ Na UE, a Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RAUE) foi criada em razão da elevada morbimortalidade por causas externas e pela agudização de doenças crônicas.²⁴

Com o objetivo de organizar a atenção na UE, a SES/MG propôs a construção da pioneira Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RAUE), na Macrorregião Norte de Minas Gerais (MNMG), cuja implantação iniciou-se em 2008. A escolha da MNMG pelo Estado justificou-se pelas necessidades de saúde apresentadas nessa região, como, por exemplo, o elevado índice de mortes por causas externas.²⁵ O objetivo central é de

²¹ SANTOS; ANDRADE. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*, 2007.

²² O'DWYER; MATTA; PEPE. *Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro*, 2008.

²³ SILVA; TAVARES JÚNIOR; MENDES. *Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais*, 2009.

²⁴ *Idem*.

²⁵ MARQUES. *Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

possibilitar o encaminhamento correto do “paciente ao ponto de atenção certo, pronto para assistência mais eficaz e no menor tempo possível”.²⁶

A gestão da RAUE/MNMG ficou a cargo da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional (CIB-M) em parceria com o Complexo Regulador (CR), este último constituído pela Central de Regulação Assistencial (CRA) e pela Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (CRUE- SAMU).

Este trabalho tem como objeto de estudo a RAUE/MNMG e tem o objetivo responder a seguinte questão: como está sendo feita a gestão dessa Rede por seu Comitê Gestor a fim de promover a atenção na UE?

A opção de se trabalhar com o Comitê Gestor (CG) da RAUE/MNMG se justifica pelo pioneirismo da proposta do estado de organizar um sistema integrado de saúde para resolver os problemas na área de UE numa região complexa considerando-se extensão territorial, dificuldades de acesso, fragmentação das ações, desigualdades na alocação de recursos e a elevada taxa de mortalidade indicada pelo YLL (*Years of life lost*).²⁷ O YLL é o indicador dos anos de vida perdidos por morte prematura. No caso da região norte de Minas Gerais, o valor do YLL é bastante alto, correspondendo à classificação 113, o segundo pior índice do estado de MG.²⁸

Este estudo objetivou, portanto, compreender o funcionamento da Rede de Atenção da Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG), a partir do estudo do seu Comitê Gestor. Espera-se poder contribuir para o avanço e consolidação no atendimento aos usuários do SUS na UE.

Abordagem Metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso. A abordagem qualitativa favorece a investigação de “grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de

²⁶ MINAS GERAIS. Apostila do SAMU de Minas Gerais, 2008, p. 42.

²⁷ SILVA; TAVARES JÚNIOR; MENDES. Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais

²⁸ MARQUES *et al.* Rede de Urgência e Emergência, 2010.

documentos”²⁹ e possibilita a compreensão dos acontecimentos do cotidiano, além dos significados que as pessoas atribuem aos fenômenos.³⁰

No caso da pesquisa qualitativa aplicada à saúde, seu objetivo é estudar e compreender o significado individual ou coletivo de determinado fenômeno para a vida das pessoas.³¹ A importância da metodologia qualitativa para a pesquisa em saúde está na possibilidade de investigar questões que apresentam uma multiplicidade de fatores que devem ser reconhecidos e que cuja compreensão pode ser alcançada por métodos qualitativos de pesquisa.

As pesquisas exploratórias visam a “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.³² Os estudos exploratórios possibilitam que o entrevistador observe as pessoas e as interações entre elas no seu ambiente e com suas atividades, conduzindo histórias de vida ou estudo de caso. Neles são entrevistadas pessoas-chave e documentos existentes são analisados.³³

O estudo de caso é o método mais utilizado na pesquisa qualitativa devido à observação direta que faz sobre o fenômeno e pela investigação ampla e exaustiva de um ou de poucos objetos, permitindo um amplo detalhamento.³⁴ Esta

é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas nelas envolvidas. [...] o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações – além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional.³⁵

²⁹ MINAYO. *O desafio do conhecimento*, 2008, p. 57.

³⁰ GIL; LICHT; SANTOS. *Por que fazer Pesquisa Qualitativa em Saúde?*, 2006.

³¹ TURATO. *Métodos Qualitativos e Quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e objetos de pesquisa*, 2005. BRUGGEMANN; PARPINELLI. *Utilizando as abordagens quantitativas e qualitativas na produção do conhecimento*, 2008.

³² GIL. *Como elaborar projetos de pesquisa*, 1996.

³³ GIL; LICHT; SANTOS. *Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde?*, 2006.

³⁴ TRIVIÑOS. *Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais*, 1987. YIN. *Estudos de caso: planejamento e métodos*, 2005. GIL; LICHT; SANTOS. *Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde?*, 2006.

³⁵ YIN. *Estudos de caso: planejamento e métodos*, 2005.

Esse tipo de estudo possibilita a compreensão das implicações de determinadas políticas, a descrição de um cenário para certa intervenção que será aplicada, a verificação de processos e resultados de propostas administrativas e a exploração de condições em que as intervenções não foram esperadas.³⁶

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer n° ETIC 0098.0203.000-11).

Campo de estudo

A Macrorregião Norte de Minas Gerais (MN/MG) é uma região problemática por apresentar, entre outros fatores, grande extensão territorial, dificuldade de acesso, fragmentação das ações, desigualdades na alocação de recursos e elevada taxa de mortalidade indicada pelo YLL (*Years of life lost*).

Quando da estruturação da primeira RAUE no estado, a SES/MG optou por essa região pelo fato de a análise de saúde demonstrar a necessidade de intervenção imediata no quadro epidemiológico e de saúde existente.³⁷

A Macrorregião Norte de Minas possui nove microrregiões e 86 municípios, sendo que 14 deles funcionam como polos: Brasília de Minas/São Francisco, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba/Monte Azul, Januária, Manga, Montes Claros/Bocaiúva, Pirapora e Taiobeiras/Salinas.³⁸ Montes Claros é o município polo da macrorregião e o único que possui mais de 300.000³⁹ (trezentos mil) habitantes. 20 dos seus 86 municípios contam com populações que variam de 20.000 a 80.000 habitantes, e os 65 restantes têm população inferior a 20.000 habitantes.

³⁶ MINAYO. *O desafio do conhecimento*, 2008.

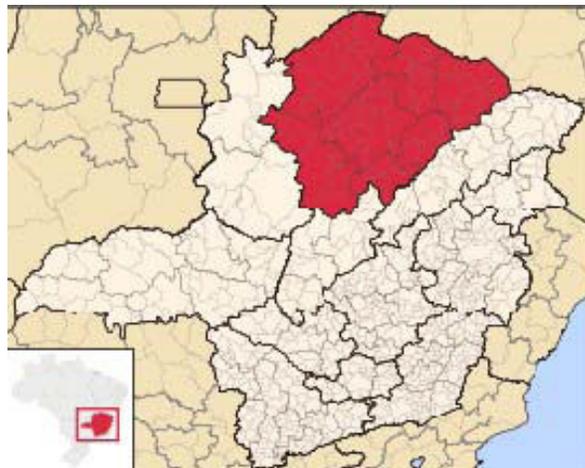
³⁷ MARQUES *et al.* Rede de Urgência e Emergência, 2010.

³⁸ MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n. 978 de 16 de novembro de 2011.

³⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,⁴⁰ o Norte de Minas (Fig. 1) ocupa uma área de aproximadamente de 122 mil km², abrigando pouco mais de 1,5 milhão de habitantes.

FIGURA 1 – Localização da macrorregião Norte de Minas Gerais.



Fonte: GOOGLE MAPS, 2010.

FIGURA 2 – Divisão assistencial do Plano Diretor de Regionalização da macrorregião Norte de Minas Gerais.



Fonte: SES-MG/AGR, 2011.

A Macrorregião Norte de Minas caracteriza-se por uma intensa desigualdade social, baixa densidade demográfica de 12,6 hab./km², com extensas áreas rurais que impactam

⁴⁰ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010.

na gestão e organização da assistência, bem como na promoção da saúde e prevenção de agravos da saúde.⁴¹ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região também é baixo, correspondendo a 0,691.⁴²

Segundo Marques, na macrorregião do Norte de Minas Gerais foram perdidos 149.717 anos de vida devido a mortes prematuras, tendo 59% dessas mortes ocorrido com pessoas do sexo masculino.⁴³

A rede assistencial é constituída por 208 estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS, com mais de 2.500 leitos hospitalares distribuídos em 40 hospitais, com predomínio de unidades de baixo desenvolvimento tecnológico, baixa capacitação institucional. Como resultado dessas condições, tem-se uma precária capacidade resolutiva.⁴⁴

Para compor a RAUE/MNMG, foram definidos 18 pontos de atenção hospitalares classificados em quatro categorias de acordo com sua tipologia e função na Rede em que são distribuídos. São elas: Hospitais de Pequeno Porte; Hospitais Microrregionais; Hospitais Microrregionais – Trauma III e Hospitais Macrorregionais. Nesses estabelecimentos é utilizado como guia de classificação de risco o “Protocolo de Triagem de Manchester”, cujo financiamento é realizado pelo governo do estado.⁴⁵

Conforme listados por Marques *et al.*, os pontos de atenção definidos, que podem ser visualizados na Fig. 3, foram os seguintes:⁴⁶

a) Hospitais de Pequeno Porte

- Fundação Municipal de Assistência à Saúde – São João da Ponte;
- Fundação Hospitalar Manoel Simões Caxito – São Romão;
- Fundação Hospitalar Amparo ao Homem do Campo - Hospital Funrural – Manga;
- Fundação Hospitalar de Saúde – Hospital Nossa Senhora Aparecida – Varzelândia;
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças – Monte Azul;

⁴¹ MARQUES. Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais, 2009.

⁴² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010.

⁴³ MARQUES. Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais, 2009.

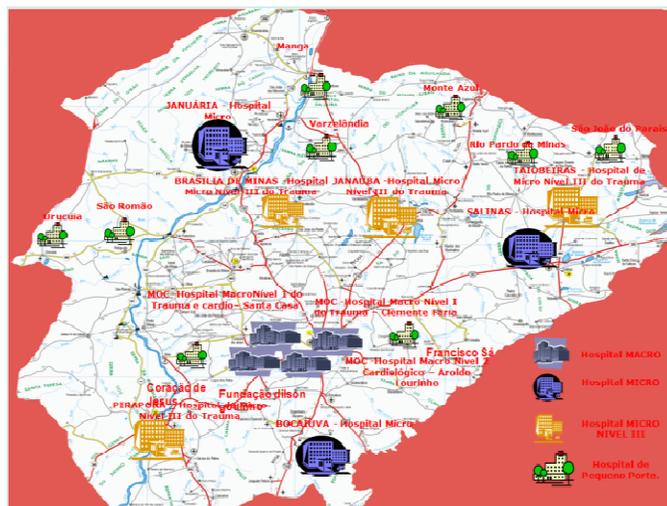
⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ MARQUES *et al.* Rede de Urgência e Emergência, 2010.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 124.

- Fundação Coronel João de Almeida – Rio Pardo de Minas;
 - Fundação de Saúde São João do Paraíso – São João do Paraíso.
- b) Hospitais Microrregionais
- Hospital Municipal de Bocaiúva – Bocaiúva;
 - Hospital Municipal de Januária – Januária;
 - Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana – Salinas.
- c) Hospitais Microrregionais – Trauma III
- Hospital Municipal Senhora de Santana – Brasília de Minas;
 - Fundajan - Fundação de Assistência Social – Janaúba;
 - Hospital Santo Antônio – Taiobeiras;
 - Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire – Pirapora.
- d) Hospitais Macrorregionais – Todos localizados em Montes Claros
- Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa (Trauma I e Cardio I)
 - Hospital Universitário Clemente Faria (Trauma II)
 - Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho (CardioII)
 - Hospital Dílson Godinho (Cardio II).

FIGURA 3 – Distribuição dos Hospitais que compõem a Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas



FONTE: Marques *et al.*, 2010.

Sujeitos do estudo

Os sujeitos pesquisados foram os membros do Comitê Gestor (CG), cuja função é gerir a RAUE/MNMG. O Comitê Gestor é composto por 60 pessoas, aproximadamente, considerando-se os 30 titulares e os 30 suplentes, foi criado em dezembro de 2008⁴⁷ e efetivamente inaugurado em fevereiro de 2009.⁴⁸ É presidido pelo Coordenador Estadual da Urgência e Emergência de MG e conta com diversos representantes da macrorregião norte: os diretores das Unidades Regionais de Montes Claros, Januária e Pirapora; Gestores Municipais; Unidade Administrativa da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da Macrorregião; Coordenador Regional do Núcleo de Educação Permanente em Urgências; Vigilância Sanitária Estadual; Prestadores de serviços hospitalares de saúde; Coordenador do SAMU; Coordenador do Complexo Regulador da Assistência; Corpo de Bombeiros; Polícia Militar; Grupamento Aéreo da Polícia Militar; Polícia Civil; Polícia Rodoviária Federal; Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN); Defesa Civil Estadual; Infraero; representantes da Atenção Primária à Saúde; Universidades; e serviços privados de atendimento pré-hospitalar. Para somar os esforços nessa discussão, foram inseridos o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES/MG) e o COSEMS/MG, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas.⁴⁹

Além disso, o CG é acompanhado pela Coordenação Estadual da Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e pela Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Montes Claros. Os participantes dessa Coordenação e os profissionais dessa Superintendência que estavam diretamente relacionados ao CG da RAUE/MG também fizeram parte da pesquisa.

Técnica de coleta de dados

⁴⁷ COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE MACRORREGIONAL. Relatório da 25ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional – CIB-Macro/Norte/SUS. Montes Claros, 2008.

⁴⁸ COMITÊ GESTOR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS. Regimento Interno do Comitê Gestor da Rede de Atenção de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas. Montes Claros, 2009.

⁴⁹ *Idem.*

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental, entrevistas e observação.

A pesquisa documental consiste no reconhecimento dos documentos como respeitáveis fontes de dados. Trata-se, porém, de materiais que não receberam o tratamento analítico, encontrando-se em formas diversas e dispersas, como, por exemplo, em registros oficiais de governo.⁵⁰ No presente estudo, a pesquisa documental utilizou documentos existentes referentes ao Comitê como atas, regimento, relatórios, deliberações e listas de presença e foi realizada ao longo do período total do estudo.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas e importantes na pesquisa de campo, por permitir a coleta de dados objetivos e subjetivos, favorecendo, conseqüentemente, a obtenção de informações.⁵¹ Os sujeitos entrevistados, os informantes-chave, foram os membros do CG e os profissionais da SES/MG que o acompanham. Para os membros do CG foi utilizado o tempo de atividade no mesmo como critério de escolha, selecionando-se, assim, aqueles indivíduos que integram o Comitê há pelo menos um ano. Para os profissionais, o critério adotado foi o fato de os mesmos acompanharem a rede e o CG. As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas com prévia autorização dos sujeitos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram utilizados roteiros semiestruturados diferenciados para os membros do CG (Apêndice B), para os profissionais da SES/MG do nível central (Apêndice C) e para os servidores do nível regional da SES/MG (Apêndice D). Local, data e horário de cada entrevista foram previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos participantes, que ficaram cientes dos objetivos do estudo e tiveram seu anonimato assegurado. A delimitação do número dos sujeitos entrevistados obedeceu à saturação de dados. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação é uma ferramenta conceitual para estabelecer o tamanho final da amostra uma vez que os dados obtidos começam a representar uma redundância para o pesquisador. Assim, foram realizadas 18 entrevistas das quais 16 foram analisadas. Duas entrevistas não foram consideradas por não terem atendido aos critérios determinados pela pesquisa.

⁵⁰ GIL. *Como elaborar projetos de pesquisa*, 1996. YIN. *Estudos de caso: planejamento e métodos*, 2005.

⁵¹ BONI; QUARESMA. *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais*, 2005. MINAYO. *O desafio do conhecimento*, 2008.

Já a observação é uma coleta de dados que ajuda o pesquisador na obtenção imparcial de informações diretamente da realidade do dia a dia, podendo o pesquisador recolher e registrar fatos no campo a ser estudado.⁵² Segundo Yin, as observações podem ser realizadas durante atividades formais, como reuniões, seguindo ou não um protocolo do estudo de caso, com o intuito de avaliar a incidência de determinados comportamentos num certo período.⁵³ A forma e o conteúdo da observação devem ser configurados conforme o objetivo da pesquisa, no entanto seus registros extrapolam a entrevista formal e são feitos num instrumento que se convencionou chamar de “Diário de Bordo”,⁵⁴ sendo também conhecido como “Diário de Campo”, termo que será utilizado nesta pesquisa. Assim, as observações foram realizadas nas reuniões ordinárias que ocorrem em Montes Claros, a fim de conhecer a dinâmica e o funcionamento do CG. Para as observações, assim como no caso das entrevistas, foi feito e seguido um roteiro prévio (Apêndice E).

Tratamento e análise dos dados

Para a análise e sistematização dos dados utilizou-se a técnica de conteúdo proposta por Bardin.⁵⁵ leitura flutuante do material, definição das categorias de análise, definição das categorias temáticas e análise dos resultados. Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias: criação/implantação, funcionamento, dificuldades, facilidades, avanços e propostas.

Sobre a estrutura do texto, optou-se pela apresentação do trabalho final em forma de artigos, como preveem as normas da Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG:⁵⁶

- O Artigo I constitui um artigo de revisão da legislação e da bibliografia sobre a questão da urgência e emergência e será submetido à Revista *Interface*. O mesmo se intitula “Atenção à Urgência e Emergência: notas de revisão”. Nele são apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica e da revisão documental realizadas ao longo da pesquisa.

⁵² BONI; QUARESMA. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais, 2005.

⁵³ YIN. *Estudos de caso: planejamento e métodos*, 2005.

⁵⁴ MINAYO. *O desafio do conhecimento*, 2008.

⁵⁵ BARDIN, L. *Análise de conteúdo*, 2008.

⁵⁶ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Manual de orientação. Belo Horizonte, 2007.

- O Artigo II foi submetido à Revista *Ciência & Saúde Coletiva* e intitula-se “A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso”. Nele são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os membros do CG da RAUE/MNMG e profissionais da SES/MG que acompanham esta rede.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Compreender o funcionamento da Rede de Atenção da Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG), a partir do estudo do seu Comitê Gestor.

Objetivos Específicos:

1. Descrever o processo de implantação da RAUE/MNMG.
2. Descrever a dinâmica organizacional do Comitê Gestor da RAUE/MNMG.
3. Identificar os fatores dificultadores e facilitadores para ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas Gerais.
4. Sistematizar as propostas apresentadas para a melhoria do funcionamento da RAUE/MNMG.

ARTIGO 1

ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: NOTAS DE REVISÃO

3. ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: NOTAS DE REVISÃO

Introdução

Os serviços de Urgência e Emergência (UE) abertos 24 horas por dia, os pront-socorros, tendem a atrair usuários de todos os níveis de atenção desde “pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da Atenção Primária e Especializada, e as urgências sociais” (Brasil, 2006d, p. 55).

Para o Ministério da Saúde, têm aumentado os acidentes bem como a violência, o que tem propiciado forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, sobre a sociedade. No que se refere ao SUS, a situação é percebida pelo crescimento dos gastos com internações hospitalares e com a assistência em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), bem como pela elevada taxa de permanência hospitalar dos pacientes da EU (Brasil, 2006d). Já em relação às questões sociais, é possível verificar esse impacto pelo crescimento de 30% do índice dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)¹ em razão desse crescente número de acidentes e dos casos violentos. Vale destacar que, no que tange às mortes por causas naturais, observa-se um decréscimo nesse mesmo índice (Brasil, 2006d).

Atualmente, no Brasil, o atendimento nos serviços de UE é ainda, na maioria dos casos, realizado independentemente da capacidade, equipamentos, estruturação para tal e com a ausência de avaliação da situação da doença, sendo priorizada a ordem de chegada dos pacientes, sem qualquer classificação de risco (Brasil, 2006d). No SUS, esses problemas na UE têm gerado superlotação nas salas de espera e corredores, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação (Santos *et al.*, 2003). Há necessidade de que seja organizada a gestão do sistema de UE para que as ações de saúde sejam mais resolutivas. Uma maior organização do sistema asseguraria a resolutividade dos serviços de UE e, conseqüentemente, traria maior qualidade ao atendimento ao usuário.

¹ O APVP é um indicador que possibilita que, a partir da frequência de mortes e idade da morte de cada indivíduo, se possa calcular a magnitude (quantidade de óbitos) e a transcendência, ou valor social da morte, expressa pela precocidade de sua mortalidade (Lucena; Sousa, 2009).

Para isso, devem-se considerar alguns fatores: “geografia, demografia, condição socioeconômica da região, aspectos culturais e profissionais, condições de investimento em saúde de determinada região, dentre outros” (Scarpelini, 2007, p. 319).

Além disso, a intervenção dos profissionais qualificados (Magalhães Junior, 2005), bem como a disponibilidade tecnológica pelo prestador de serviço (O’Dwyer; Matta; Pepe, 2008), também são fatores preponderantes para esse momento no cuidado do ser humano.

Como proposta para a estruturação da UE surge a criação de redes regionalizadas e integradas, com envolvimento e responsabilidade dos três entes federados (Santos; Andrade, 2007). Não se deve ignorar, entretanto, que é também necessário um desempenho de um sistema de regulação com referência e contrarreferência e em conjunto com a triagem intra-hospitalar para que se possa favorecer a continuidade do atendimento após o atendimento emergencial (O’Dwyer; Matta; Pepe, 2008).

Considerando esse cenário e perspectivas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), visando integrar os serviços de saúde, apresentou como proposta a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). No planejamento estratégico do Governo Mineiro foi desenvolvido o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) que estabelece prioridades nas ações, no período de 2007 a 2023, tornando “Minas, o melhor Estado para se viver” (Silva; Tavares Júnior; Mendes, 2009, p. 32). Na saúde, foram elencados projetos estruturadores que recebem mais investimentos para reverter a situação-problema encontrada pela análise realizada. A UE mereceu destaque como um Projeto Estruturador no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) – a Regionalização de Atenção à Saúde, que busca fortalecer a atenção no SUS de forma regionalizada e cooperativa por meio da implantação de RAS. Na UE, a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RAUE) foi criada em razão da elevada morbimortalidade por causas externas e pela agudização de doenças crônicas (Silva; Tavares Júnior; Mendes, 2009).

Para efetivar a proposta de implantação da RAUE, a SES/MG propôs a construção da pioneira Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RAUE) na Macrorregião Norte de Minas Gerais (MNMG), cuja implantação iniciou-se em 2008. Seu objetivo central é de

possibilitar o encaminhamento correto do “paciente ao ponto de atenção certo, pronto para assistência mais eficaz e no menor tempo possível” (Minas Gerais, 2008d, p. 42).

Este artigo tem como objetivo a realização de uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de urgência e emergência e das Redes de Atenção à Saúde. Procurou-se também identificar os principais marcos regulatórios da UE no Brasil e em Minas Gerais.

Método:

Este artigo é parte de uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, cujo objetivo era compreender o funcionamento da Rede de Atenção à Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG) a partir do estudo do seu Comitê Gestor. Utilizou-se como técnica de pesquisa a revisão bibliográfica dos conceitos de urgência e emergência e das Redes de Atenção à Saúde bem como revisão documental primária e secundária, a partir dos objetivos estabelecidos. As fases para a pesquisa documental foram: elaboração do plano de trabalho, identificação e localização das fontes; obtenção do material, tratamento dos dados e redação do trabalho (Gil, 1991). Foram contempladas fontes de informação sobre a RAUE/MNMG, tais como documentos relacionados à sua criação, atas, regimento, relatórios, deliberações, portarias, programas governamentais e artigos científicos que abordam o tema em questão. A análise ocorreu ao longo do período do estudo.

Urgência e Emergência: conceitos

Há diferentes compreensões da terminologia “Urgência e Emergência” que dependem da abordagem realizada e de quem a percebe. Em determinadas situações, os termos são identificados como sinônimos, e, em outras, como ações diferenciadas e complementares.

Considerando-se que os dicionários da língua portuguesa definem os termos pela etimologia, “emergência” vem do latim médico *emergentia* e significa “situação mórbida inesperada, e requer tratamento imediato” (Ferreira, 1999, p. 736). Já

“urgência” também tem origem no termo latino *urgentia*, e é definido como “qualidade de urgente; caso ou situação de emergência, de urgência” (Ferreira, 1999, p. 2034).

No *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*, há as seguintes acepções para “emergência”: “1. Condição imprevisível ou inesperada que requer ação imediata; 2. Alteração súbita do estado de saúde ou graves complicações de uma doença que exige cuidados médicos urgentes. Inglês: *emergency*” (Rey, 2003, p. 296). No que se refere a “urgência”, são dados os seguintes conceitos:

1. Situação que exige uma ação ou tratamento médico ou cirúrgico imediato ou em prazo muito curto. Ela requer apreciação e decisão rápida sobre a possibilidade de transferência do paciente para um serviço de especialidade ou necessidade de um gesto imediato com os recursos adequados disponíveis.
2. Serviço de pronto-socorro destinado a prestar atendimento nesses casos geralmente dotado de unidades móveis (ambulâncias) com pessoal médico especializado e equipado para atender a necessidades de reanimações, ventilação, perfusão ou pequena cirurgia, que permitem, eventualmente, iniciar o tratamento desde a residência do paciente ou do local do acidente. Sinônimos: serviço médico de emergência; pronto-socorro” (Rey, 2003, p. 903).

Em relação à área médica, a Emergência Médica reflete “as situações em que há risco imediato de perda de vida ou, ainda, de sofrimento intenso físico ou mental, que necessita de intervenção médica imediata para sua adequada abordagem”. Já a Urgência Médica “tem o conceito ampliado para ‘*urgência sentida*’, transferindo o termo para atenção aos pacientes com manifestações clínicas agudas ou, genericamente, *atenção ao agudo*” (Melo; Silva; Almeida, 2009, p. 47 – grifos do autor).

Entende-se que na emergência “a necessidade de manter as funções vitais ou evitar incapacidade e complicações graves exige o início do tratamento imediato” (López, 1989, p. 3) e que, na urgência, “o tratamento precisa ser iniciado em poucas horas, pois existe o risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais” (López, 1989, p. 3).

O Conselho Federal de Medicina (1995) define “emergência” como a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”, enquanto “urgência” é definida como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem

risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (Conselho Federal de Medicina, 1995, p. 1).

O Governo de Minas Gerais adota o conceito de emergências como “situações que provocam alteração do estado de saúde, com risco iminente à vida, ou seja, risco iminente de morte. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos”. Já ao se referir à urgência, afirma que se trata de “situações que provocam alteração do estado de saúde, porém, sem risco iminente à vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível” (Minas Gerais, 2008d, p. 3).

Mesmo com diferentes definições para a terminologia UE, deve-se considerar a relevância do objeto de intervenção, ou seja, a iminência do risco de morte e/ou dano permanente à saúde do indivíduo (Brasil, 2006d).

Romani *et al.* (2009) consideram ser importantes alguns critérios para a atenção à emergência: agilidade na avaliação inicial; identificação com segurança de prováveis diagnósticos; oferta de assistência adequada nas urgências reconhecíveis e clinicamente percebidas; encaminhamento para as unidades assistenciais adequadas; e discernimento entre as doenças crônicas e as urgências para as devidas orientações no alívio dos sintomas e direcionamento aos especialistas. Para a urgência, os autores expressam que é necessário que haja rapidez na identificação da gravidade, que sejam realizadas intervenções para a manutenção ou recuperação das funções vitais afetadas e, dependendo da complexidade da situação, que haja disponibilidade de recursos para diagnósticos e tratamento definitivo.

Estudos estimam que, em países desenvolvidos como os Estados Unidos, 800.000 pessoas morrem por ano em decorrência de emergências médicas ou cirúrgicas, sendo o trauma a principal razão de morte em indivíduos com idade inferior a 40 anos (López, 1989). Já nos países em desenvolvimento, as emergências médicas estão associadas às doenças infecto-contagiosas, tendo como o principal público atendido as crianças e os adultos jovens. Scarpelini (2007) salienta que as doenças cardiovasculares e o trauma têm ocupado fortemente a assistência de urgência e emergência, o que fez com que

diversos países sentissem a necessidade de melhor organizar o atendimento para resolver tal demanda.

Nos Estados Unidos, de acordo com Schwartz (1982), são elencados alguns determinantes para o crescimento da Emergência:

- a) necessidades e demandas dos pacientes ao Serviço Médico de Emergência: a disponibilidade do serviço a qualquer horário, o aumento de agressões domésticas e do trabalho e o sentimento de segurança e proteção ofertadas nesses serviços;
- b) mudança na prática médica e dos hospitais em função do aumento de situações de emergência, possibilidade de aumento dos ganhos financeiros e o aumento de especialistas na área da emergência em substituição aos clínicos gerais com mais qualificação para determinadas situações;
- c) diagnósticos rápidos e seguros oportunizados pelo desenvolvimento tecnológico.

No Brasil, as mudanças demográficas, o deslocamento populacional e o extenso acesso à informação são os motivos da nova demanda aos serviços de urgência (Marques *et al.*, 2010). Para o Ministério da Saúde (2002), a sobrecarga desses serviços está relacionada à debilidade na estruturação da rede assistencial e ao aumento do número de acidentes e da violência urbana.

De acordo com Scaperlini (2007), torna-se necessária, então, a organização dos sistemas de urgência independentemente do modelo adotado. Segundo Magalhães Júnior (2005), a organização dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, demanda dos gestores a estruturação da atenção de urgência e emergência dentro da rede de assistência.

Ao estudar os modelos de urgência e emergência existentes em diferentes países, Scarpelini (2007) concluiu que existe uma diversidade entre os mesmos (conforme apresentado no Quadro 1), porém sem evidências científicas de qual seja o melhor. Dentre os modelos de atenção a urgência e emergência, o autor aponta os modelos Francês, Canadense e Americano.

Quadro 1: Modelos de atenção e tipos de atendimento de Urgência e Emergência, segundo Scarpelini (2007)

MODELOS DE ATENDIMENTO		
Modelo	Características	Observações
Francês	Ações na coordenação da Central gerenciada por médicos com os dois níveis de atenção: o primeiro corresponde às ambulâncias – corpo de bombeiros com equipes treinadas para o suporte básico de vida (chamadas de “VSAB”) –, e o segundo tipo é de suporte avançado contando com médico. Já na assistência hospitalar, existem dois tipos de atendimento: salas de urgência para maior complexidade, “SAU” (Service spécialisé d’Accueil et de traitement des Urgences) e unidades para assistência a casos de menor gravidade.	O médico regulador é responsável pelo envio de ambulâncias e pelo direcionamento dos pacientes do local do acidente ao hospital adequado.
Canadense	Há variedade de assistência conforme as características de cada hospital, em especial entre hospitais-escola ou não. Enquanto hospitais-escola oferecem atendimento por médicos supervisores com acesso às especialidades, nos hospitais não acadêmicos os médicos generalistas e, eventualmente, especialistas garantem o atendimento.	
Americano	O desenho de organização da UE não está delimitado. Existem serviços governamentais ou particulares, sendo que a maioria dos serviços públicos é executada pelo corpo de bombeiros, seguidos pelos policiais. A direção do sistema é realizada por médicos, os quais supervisionam as atividades dos demais profissionais, desenvolvem protocolos, controlam a qualidade e realizam educação continuada. As ações de campo são de responsabilidade dos técnicos de emergência médica.	

Fonte: Elaboração própria a partir do estudo de Scarpelini (2007).

No que refere ao Brasil, busca-se organizar a atenção a Urgência e Emergência por meio da estruturação de Redes de Atenção à Saúde para superar a situação atual, como aponta Scarpelini (2007, p. 318):

A realidade na maioria das cidades brasileiras é de desorganização do atendimento às urgências. Apesar dos avanços nas diretrizes para a formação de uma rede de atendimento ocorrida na última década, ainda é muito difícil descrever o que existe em cada região do país. Em especial porque as diferenças estruturais entre regiões, estados e municípios não permitiram, até o momento, a construção de um sistema uniforme de atendimento.

Nota-se, dessa forma, que, independentemente do modelo adotado, os países estão buscando a organização dos seus sistemas de urgência e emergência dentro das realidades encontradas, seja pelas mudanças econômicas, seja pelo perfil epidemiológico.

Redes de Atenção à Saúde: conceitos

De acordo com Junqueira (1998), as redes são a dimensão intersetorial das políticas públicas sociais em que ocorrem interações de pessoas, instituições, famílias, município e estados, mobilizados em função de um ideal coletivo de otimização e ampliação de resultados para a população. É um ambiente de troca social de diversas atividades com objetivo comum preservando os princípios de cidadania, liberdade e justiça.

Em princípio, rede representa parceria que pode abarcar e fomentar relações interpessoais, interorganizacionais, intergovernamentais e intersetoriais, como afirma Inojosa (1999). A autora relata que o pensamento de redes tem surgido como uma alternativa de articulação de gestão nas políticas sociais devido à fragmentação dos sistemas existentes. Anteriormente a esta fase, surgiram os consórcios e os convênios na busca de eficiência da gestão de política nos quais eram articulados esforços e recursos de variadas instituições (Inojosa, 1999).

As redes representam uma nova configuração organizacional que facilita a abordagem da complexidade e a articulação de diferentes atores empenhados no processo de gestão, sendo orientados pelas relações mais horizontais no processo de coordenação (Andrade, 2006).

Na área da saúde, o tema das redes é considerado bastante atual, e alguns conceitos foram definidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2010). A terminologia utilizada é Rede de Atenção à Saúde (RAS), também conhecida pelo nome de Sistemas Integrados de Saúde.

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2010) defende que as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISSs) vêm favorecer o desenvolvimento de Sistemas de Saúde baseado na APS. Logo, a disposição de serviços de saúde mais acessíveis, equitativos, eficientes, com melhoria na qualidade técnica, e mais condizentes com as expectativas da população.

A definição de redes de atenção à saúde a ser adotada neste estudo é a de Mendes (2011):

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2011, p. 82).

A importância da implantação das redes para a organização da atenção à saúde encontra-se na busca de superação da fragmentação dos sistemas de saúde, permitindo a gestão dos diversos pontos de assistência à população (Mendes, 2011).

Kuschnir e Chorny (2010) comentam que a organização de redes de atenção à saúde está correlacionada à integração do cuidado, tendo como referências os sistemas integrados americanos e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde, considerando-se os novos mecanismos de cooperação. Essas redes, segundo Mendes (2011), são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. A população é cadastrada e registrada em subpopulações para o cuidado com as pessoas e para as intervenções sanitárias que forem necessárias. Há classificação de riscos sanitários que leva em conta o contexto da sua cultura e de suas preferências. Na estrutura operacional das RAS, existem os nós das redes (correspondem ao centro de comunicação, à atenção primária à saúde e aos pontos de atenção secundários e terciários); as ligações que comunicam esses diferentes nós (são os sistemas de apoio e os sistemas logísticos); e o componente que governa as relações entre os quatro primeiros – o sistema de governança da rede de atenção à saúde (Mendes, 2011). A Fig. 2 apresenta a proposta de RAS elaborada por Mendes (2011):

FIGURA 2 - Rede de Atenção à Saúde proposta por Mendes



Fonte: MENDES, 2011, p. 86.

No entendimento do autor, a APS (unidade de atenção primária ou equipe do Programa de Saúde da Família) é nó intercambiador de coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, sendo considerado o centro de comunicação das redes. Mendes (2011) recomenda que a governança das redes de atenção à saúde seja realizada pelas Comissões Intergestores que se materializam na esfera federal, na Comissão Intergestores Tripartite; nos estados, nas Comissões Intergestores Bipartite; e nas regiões de saúde, nas Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

Ainda segundo Mendes (2011), os modelos de atenção à saúde organizam o funcionamento das redes. A população é estratificada por riscos, considerando os focos e os tipos das intervenções do sistema de atenção à saúde. Nos modelos de atenção à saúde voltados para as condições agudas e para os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas, a classificação de risco adotada é o tempo-resposta dos serviços aos usuários.

Marcos regulatórios da Urgência e Emergência no Brasil

Em 1988, no Brasil, foi promulgada a 8ª Constituição Federal (CF), que criou o SUS no intuito de garantir o direito à saúde para toda a sociedade. A regulamentação desse Sistema ocorreu pelas Leis n. 8.080/90 (Brasil, 1990a) e 8.142/90 (Brasil, 1990b). Considerado como serviço de relevância pública pelo artigo 197 da CF, o SUS veio para

garantir “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Brasil, 1990a, p. 1).

Como princípios norteadores para sua implantação, o SUS adotou como princípios doutrinários a universalização, a equidade e a integralidade; e como diretrizes organizacionais a regionalização e a hierarquização, a descentralização e o comando único e a participação popular (Cunha; Cunha, 2001).

Desde a criação do SUS, foram editadas e desenvolvidas “medidas, normas técnicas e estratégias visando a sua implantação e implementação, garantidas as diretrizes de universalidade e de igualdade de acesso e da integralidade de assistência” (Santos *et al.*, 2003. p. 499).

Para efetivar o novo sistema com esses fundamentos, foram distribuídas responsabilidades para cada ente federado (União, Estado e Município) com a participação do Controle Social na formulação das Políticas de Saúde, cuja execução ficou a cargo do Gestor de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990b). Coube aos “gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira” (Brasil, 2007, p. 41).

Mesmo com a delegação de competências para as três gestões (Federal, Estadual e Municipal) foram criadas normatizações operacionais para funcionarem como norte para o cumprimento dos princípios do SUS, uma vez que as orientações preliminares não haviam sido suficientes. São elas: Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1993 e 1996, e Normas Operacionais da Assistência (NOASs) de 2001 e 2002. Com a intenção de favorecer o avanço no SUS, em 2006, surge o Pacto pela Saúde como uma nova forma de compromisso entre Gestores que substitui a NOAS 2002 a partir da adesão dos estados e municípios. Já em 2011, é publicado o Decreto n. 7.508, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 2011c).

Esse decreto veio com a proposta de organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, tratando da gestão da ênfase para organização de regiões de saúde; da existência de Contratos Organizativos das Ações

Públicas; considerando as Regiões de Saúde; da definição de portas de entrada ao sistema; da formação de Redes de Atenção à Saúde; e da organização e funcionamento das Comissões Intergestores (Brasil, 2011c).

É importante mencionar que durante o processo de construção do SUS foram apontados desafios e avanços para a consolidação dos seus princípios, e, conseqüentemente, sua efetivação. Numa análise de Magalhães Júnior (2008), após os 20 anos do SUS, é necessário que esse Sistema seja avaliado por todos os atores levando em conta a importância da busca pela consolidação dos seus princípios constitucionais. O autor considera que a universalidade tem sido exercitada progressivamente, enquanto a integralidade das ações e as demais diretrizes encontram dificuldades para se impor.

Mesmo com a legislação existente no SUS, há ainda uma carência de discussão sobre as práticas assistenciais e formação dos profissionais na atenção às urgências e emergências (Santos *et al.*, 2003), muito embora o reservado investimento nas estratégias da qualidade de vida e da saúde leve às portas da urgência as deficiências da integralidade da atenção, aumentando a demanda por esses serviços (Brasil, 2006d). Isso significa que a desorganização dos sistemas de atenção à saúde leva à superlotação de hospitais e serviços de pronto atendimento (Brasil, 2002; Garlet *et al.*, 2009), e, somada a esse fator, no Brasil, a demanda espontânea do usuário colabora com a sobrecarga nas unidades de UE (Santos *et al.*, 2003).

Logo, são constantes nos grandes centros urbanos situações em que, “segundo os usuários, o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e para cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado” (Santos *et al.*, 2003, p. 499).

De acordo com o Ministério da Saúde, o cenário da UE apresenta hoje um modelo assistencial: fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; em que falta acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; com insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade; com insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências; com deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal; com inadequação na estrutura curricular dos

aparelhos formadores; em que há baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; com dificuldades na formação de sistemas regionais e fragilidade política nas pactuações; com incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência; com escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas; e em que falta regulação (Santos, 2006d).

Outro problema apresentado na UE é a falta de reconhecimento da especialidade de emergências médicas, pois são poucas escolas médicas que qualificam nesta área ou em trauma. Segundo Scarpelini (2007), de forma geral, os setores de emergência dos hospitais representam a primeira oportunidade de emprego de jovens médicos e enfermeiros. Estes geralmente permanecem nesta situação até se estabilizarem profissional e financeiramente, raramente percebendo a UE como um local para o desenvolvimento de uma carreira e/ou de pesquisa.

Além disso, os profissionais têm atendido pessoas em extrema gravidade em serviços sem capacidade resolutiva e sem hospitais de referências para encaminhamento do paciente agudo, causando grande tensionamento na UE (Magalhães Júnior, 2005; Garlet *et al.*, 2009). Por todas essas razões, a UE é apontada como um grande desafio à atenção integral ao paciente (Brasil, 2006a).

Para Santos *et al.* (2003), é importante que as ações de saúde sejam realizadas em redes obedecendo e fortalecendo os princípios organizativos do SUS (regionalização, hierarquização e descentralização). Na UE, os autores acrescentam que a rede de atenção deverá ser constituída agregando serviços de todas as complexidades, da atenção domiciliar ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e com a Regulação Médica (RM).

Na mesma concepção da importância do sistema integrado da urgência e emergência, em 2003, o MS publica a Política Nacional de Atenção às Urgências do Brasil. Para chegar neste entendimento e atingir a atual proposta para a Atenção à UE no SUS, o Governo Federal desenvolveu alguns marcos regulatórios, conforme demonstrado no Quadro 2:

Quadro 2 – Marcos regulatórios da urgência e emergência no SUS

Ano	Portaria		Fonte
1998	Portaria GM/MS n. 2.923	Determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos.	Brasil,1998
1999	Portaria GM/MS n. 479	Criou mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências; e estabeleceu critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional.	Brasil,1999
1999		Simultaneamente à Portaria GM/MS n. 479, foram destinados recursos do REFORSUS para equipamentos, reforma e modernização gerencial de hospitais que atendessem às urgências.	Brasil, 2006a
2000		Foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), no município de Goiânia (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, sob a denominação: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”. A partir desse encontro até 2002, ocorreu em vários estados da federação um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais.	Brasil, 2006a
2001	Portaria GM/MS n. 814	Revisão da Portaria GM/MS n. 824/1999, que estabeleceu o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências; a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências; e determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações ali contidas.	Brasil, 2001b
2002	Portaria GM/MS n. 2048	Regulamento que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. Foram propostos temas como a elaboração dos planos estaduais de atendimento às urgências e emergências; regulação médica das urgências e emergências; atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar; e a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.	Brasil, 2006d
2003	Portaria GM/MS n. 1.863	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	Brasil, 2006d
2003	Portaria GM/MS n. 1.864	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192),	Brasil, 2006d

		suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e com Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Além disso, foram estabelecidos parâmetros de estruturação dos serviços anteriores.	
2004	Política Nacional de Humanização – HUMANIZA SUS	Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS.	Brasil, 2004
2006	Portaria GM/MS n. 3.125	Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.	Brasil, 2006f
2008	Portaria GM/MS n. 2.970	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU-192.	Brasil, 2008a
2008	Portaria GM/MS n. 2.972	Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais de atenção integral às urgências.	Brasil, 2008b
2009	Portaria GM/MS n. 2.048	O MS publica o Regulamento do SUS, que não é específico à UE, mas consiste na sistematização e consolidação dos atos normativos dispostos sobre políticas e programas nacionais, diretrizes e estratégias que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Na Subseção III da Política Nacional de Atenção às Urgências, estabelecem-se os componentes fundamentais para esta Política: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências; organização de redes locais de atenção integral às urgências (Pré-Hospitalar Fixo; Pré-Hospitalar Móvel – SAMU; portas hospitalares de atenção à Urgência; Pós-Hospitalar - modalidade de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS); capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar; orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.	Brasil, 2009a
2009	Portaria GM/MS n. 1.020	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.	Brasil, 2009b
2011	Portaria MS/GM n. 1.600	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	Brasil, 2011a
2011	Portaria MS/GM n. 1.601	Revoga a Portaria MS/GM 1.020, de 13-05-2009 e estabelece diretrizes para a implantação do	Brasil, 2011b

		componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.	
2011	Portaria nº 2.338 de 03 de outubro de 2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.	Brasil, 2011c
2011	Portaria nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Brasil, 2011d

Fonte: Elaboração própria a partir de Portarias Ministeriais da Saúde.

Assim, na perspectiva de melhorar a atenção à saúde na UE, o Ministério da Saúde propôs que cada estado elaborasse o seu planejamento para superar os problemas na UE (Brasil, 2006d). Segundo o MS, a estruturação de um Sistema Estadual de Urgência e Emergência de modo imperativo “é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada” (Brasil, 2006d, p. 57).

Para tanto, torna-se necessário a organização das redes assistenciais e de caráter regional, bem como a qualificação dos profissionais (Brasil, 2002; Santos *et al.*, 2003; Magalhães Júnior, 2005).

Estruturação e Organização da Urgência e Emergência em Minas Gerais

Minas Gerais possui uma extensão territorial de 586.520,368 Km², com 853 (oitocentos e cinquenta e três) municípios e uma população, delimitada pelo Censo de 2010, de 19.597.330 (dezenove milhões e quinhentos e noventa e sete mil e trezentos e trinta) habitantes (Brasil, 2012).

Com divisões administrativas e técnicas diversificadas na administração pública Estadual, cada Secretaria de Estado organiza o seu planejamento embasado na sua área temática.

Na área de saúde, a divisão utilizada é o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este é um instrumento de organização da regionalização da assistência da saúde, em cada estado e no Distrito Federal, com o objetivo de priorizar as intervenções coerentes com

as necessidades de saúde da população e garantia de acesso a todos os níveis de atenção pelo usuário do SUS (Brasil, 2001a).

No PDR de Minas Gerais (Fig. 1), foram mapeadas 13 macrorregiões (Centro, Centro-Sul, Sudeste, Sul, Oeste, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Noroeste, Norte, Jequitinhonha, Nordeste, Leste e Leste do Sul) e 77 microrregiões de saúde (Minas Gerais, 2011d). Neste estudo será dado enfoque à macrorregião norte.

FIGURA 1 – Mapa do PDR de Minas Gerais



Fonte: SES-MG/AGR, 2010.

Para a organização e planejamento do Sistema Estadual de Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) realizou um estudo epidemiológico, no período de 2004 a 2006, para diagnosticar a situação de saúde de MG (Minas Gerais, 2008a). Na diferença entre as proporções de anos de vida perdidos para cada sexo, verificou-se que os homens morrem mais precocemente do que as mulheres em todas as faixas etárias, à exceção dos idosos com idade acima de 80 anos (Marques, 2009). Sobre a carga de doenças, foram detectadas como as primeiras quatro causas de mortalidade, no sexo masculino, as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, violência e acidentes de trânsito. Já na avaliação dos APVPs, em maiores de um ano, os estudos evidenciaram que as causas externas e doenças cardiovasculares representavam mais de 46% dos anos de vida perdidos (Minas Gerais, 2008a). Associadas aos problemas de mortalidade e morbidade, foram identificadas fragmentações dos serviços e da assistência à saúde (Minas Gerais, 2008).

No enfrentamento da realidade diagnosticada, a SES/MG buscou a estruturação dos sistemas de saúde utilizando como base o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Trata-se de um planejamento estratégico elaborado para o Estado de MG, pelo Governo, com a meta de tornar “Minas, o melhor Estado para se viver em 2023”. Para isso, foi definida uma carteira de projetos prioritários, buscando um “Estado para Resultado”, ou seja, promover a articulação entre os gastos públicos e os resultados esperados (Silva; Tavares Júnior; Mendes, 2009). São ações a serem efetuadas em diferentes períodos (curto, médio e longo prazo), de 2007 a 2023, pelas diversas secretarias de estado. Foram selecionadas Áreas de Resultados compostas por Projetos Estruturadores, os quais recebem investimentos de maiores recursos estaduais com objetivo de trazerem impactos na ação governamental; Programas Associados – colaboram com os Projetos Estruturadores; e, por fim, os Programas Especiais – são setoriais e possuem ações complementares aos dois projetos anteriores (Silva; Tavares Júnior; Mendes, 2009).

O setor da saúde concentra-se na área denominada “Vida Saudável” e apresenta como um dos Projetos Estruturadores a Regionalização de Atenção à Saúde, que busca fortalecer a atenção no SUS de forma regionalizada e cooperativa por meio da implantação de redes (Silva; Tavares Júnior; Mendes, 2009).

A SES/MG (MINAS GERAIS, 2010b) analisa que, diferentemente das demais redes, a Rede de Atenção a Urgência e Emergência é composta por Atenção Primária à Saúde (APS), como ponto de atenção e não como coordenadora da RAS, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), pontos de atenção hospitalar classificados com sua tipologia e função na rede, e sua coordenação e comando único são realizados pelo Complexo Regulador e Comitê Gestor. Além dos hospitais de referência, que são para o trauma, Acidente Vascular Cerebral e Infecções do Miocárdio, existem leitos intermediários para cuidados progressivos (Minas Gerais, 2010b).

A ideia de se criar uma Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RAUE) em MG remonta ao ano de 2006 e surge em consonância com a proposta de estruturação da rede assistencial do estado, integrante do PMDI. Sua concepção tomou algumas experiências internacionais como fonte de inspiração, tendo sido também realizadas consultas à

literatura internacional sobre o tema. Esse embasamento, associado à proposta metodológica da SES/MG, resultou no desenho original da RAUE, que tem abrangência macrorregional e adota como modelo de atenção para as condições agudas a classificação de risco que representa uma linguagem única, o “Protocolo de Manchester” (Minas Gerais, 2010b).

Para a implantação das RAUE no estado, o Governo adotou as seguintes prioridades na escolha das macrorregiões: piores índices do indicador Anos Perdidos por Morte Prematura (YLL - *Years of life lost*), maior índice de mortalidade por causas externas, maior índice de mortalidade por doenças cardiovasculares e maior índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares (Minas Gerais, 2010b).

Considerando a relevância da atenção a urgência e emergência, em 2010, a SES/MG publicou a Política Estadual de Urgência e Emergência, regulamentada por meio da Resolução SES n. 2.607/2010, a qual aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2010b). Para atingir esta compreensão, o Estado desenvolveu alguns marcos regulatórios, conforme demonstrado no Quadro 3, e o projeto pioneiro do Norte de Minas Gerais:

Quadro 3 – Marcos regulatórios da urgência e emergência no estado de Minas Gerais

Ano	Portaria		Fonte
2009	Resolução n. 1.771 de 13/2/2009	Aprova as normas gerais para implantação do incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências da Macrorregião Norte no estado de Minas Gerais.	Minas Gerais, 2009a
2009	Resolução SES n. 1.924 de 17/6/2009	Dispõe sobre a implantação e implementação das Unidades de Pronto Atendimento/UPA e Salas de Estabilização/SE no estado de Minas Gerais, conforme Portaria GM/MS n. 1.020, de 13 de maio de 2009, e aprova os projetos de incentivos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde.	Minas Gerais, 2009b
2010	Resolução SES n. 2.551 de 13/10/2010	Dispõe sobre a prorrogação dos Termos de Compromisso de Gestão referente ao programa Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais e dá outras providências.	Minas Gerais, 2010a
2010	Resolução SES n. 2.607 de 7/12/2010	Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no estado de Minas Gerais.	Minas Gerais, 2010b

2010	Resolução SES n. 2.608 de 7/12/2010	Dispõe sobre as normas gerais do incentivo financeiro complementar de custeio das equipes de Urgência e Emergência dos Hospitais que compõem a Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais, competência 2011.	Minas Gerais, 2010c
2011	Resolução SES n. 2.838 de 14/6/2011	Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no estado de Minas Gerais.	Minas Gerais, 2011a
2011	Resolução SES n. 2.895 de 10/8/2011	Constitui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.	Minas Gerais, 2011b
2011	Resolução SES n. 2.944 de 21/9/2011	Dispõe as normas gerais sobre o Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência/PROURGE, com o objetivo de organizar a rede de resposta às urgências, no âmbito do estado de Minas Gerais.	Minas Gerais, 2011c

Fonte: Elaboração própria a partir das Resoluções estaduais da SES/MG.

A Rede de Urgência da macrorregião norte de Minas foi inaugurada em dezembro de 2008, com operacionalização do SAMU na região. A constituição do CG ocorreu em 19 de fevereiro de 2009 (Minas Gerais, 2009a). Concomitantemente, a SES/MG publicou a Resolução n. 1.771/2009 (2009a), que aprovou a norma geral para implantação do incentivo aos hospitais da RAUE/MNMG.

Após a experiência no Norte de Minas, a SES/MG iniciou a implantação de outras RAUE em outras macrorregiões: Centro, Centro-Sul, Nordeste e Jequitinhonha (Minas Gerais, 2010b).

Considerações Finais

Os serviços de Urgência e Emergência atraem a população pelo fato de ofertarem uma possibilidade de atendimento imediato, uma vez que dispõe de profissionais e equipamentos 24 horas por dia. Além disso, a deficiência da atenção primária e dos outros pontos de atenção da rede faz com que, por vezes, a UE seja a mais fácil porta de entrada para o sistema de saúde.

A ausência ou inadequação de uma assistência de qualidade na UE pode resultar em incapacidades nos pacientes ou mesmo seu óbito. Assim, o tempo para o atendimento

pelos profissionais pode deixar sequelas ou salvar vidas, dependendo da organização e estruturação dos serviços que realizam atendimento de UE.

Todavia, o que se percebe é que há superlotação de hospitais e serviços de pronto atendimento sendo considerado um problema no Brasil ou no exterior. A literatura demonstra que existe desorganização dos sistemas de atenção à saúde que causam dificuldades na UE. Somada a esse fator, no Brasil, a demanda espontânea do usuário colabora ainda mais para a sobrecarga nas unidades de UE (Santos *et al.*, 2003). Logo, é comum nos grandes centros urbanos que ocorram situações em que, para os usuários, o acesso aos serviços do SUS acontece com dificuldade, com longas filas de espera, tanto para consultas, quanto para exames e cirurgias, e com problemas no acesso à hospitalização e a profissionais qualificados (Santos *et al.*, 2003).

O Ministério da Saúde (MS), buscando organizar a UE, estabeleceu marcos regulatórios para superar as dificuldades encontradas e definiu que cada estado precisaria estruturar essa atenção. Minas Gerais, considerando a legislação federal existente, fez a análise epidemiológica do seu território, reconheceu as fragilidades existentes e buscou alternativa para a reversão da situação encontrada na UE. Baseada em experiências internacionais e na literatura, a SES/MG elaborou um desenho de RAUE e selecionou como piloto a macrorregião norte do estado. Com a experiência exitosa da RAUE/MNMG, a SES elaborou diretrizes para que o estado amplie a atenção a urgência e emergência com a implantação da rede em outras regiões. Isso significa que o estado de Minas Gerais reconhece os problemas na atenção à UE, mas busca superá-los por meio da organização, inicialmente bem-sucedida, deste atendimento em Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMANN, Suely. Pesquisa qualitativa, quando e por quê?. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 24-26, 2004.

ALMOYNA, Miguel Martinez; NITSCHKE, Cesar Augusto Soares (Org.). Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência - SAMU. 1999. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/Manual%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9dica%20de%20Urg%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2010.

ANDRADE, Jackeline Amantino de. Redes de Atores: Uma nova forma de Gestão das Políticas Públicas no Brasil?. **Gestão & Regionalidade**, Recife, n. 64, p. 52-66, – maio/ago. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2008.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan./jul. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Capítulo II. Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Lei n. 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. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Bioética 1996, 4 (2supl), p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.923 de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 479 de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar de atendimento de urgências e emergências e estabelece critérios para classificação e inclusão dos hospitais no referido sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde. – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 814/GM, de 01 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Urgência e Emergência*: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação Médica das Urgências – Série A: Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 126 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa*: orientações para sua implantação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde 2006b, v. 3.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampl. e il. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde) 2006d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006e. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n- 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS – e define competências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. In: _____. **A Gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2070/GM de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília: Ministério de Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.072/GM de 9 de dezembro de 2008. Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS –, priorizando a organização e a qualificação de redes locais regionais de atenção integral às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Progestores – Nota Técnica 16/2008. Organização das Redes de Atenção Integral às Urgências - QualiSUS. Brasília: CONASS, 2008c.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.020 de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048/GM de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Brasília; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.338 de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.395, de 11 de Outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 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. Brasília, 2011c.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativas e qualitativas na produção do conhecimento. **Revista Cres. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 301-306, 2007.

CASTELLS, Manuel. A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. Debates Presidência da República de Portugal. Lisboa, 2006.

COMITÊ GESTOR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS. Regimento Interno do Comitê Gestor da Rede de Atenção de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas. Montes Claros, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N. 1.451/95. Resolve que os estabelecimentos de prontos-socorros públicos e privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Brasília, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta, v. 21.)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Os municípios e as redes de Atenção à Saúde no SUS: Temas para reflexão entre os gestores municipais**. Brasília. 2010.

COUTINHO, Ana Augusta Pires. Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial. 2010. 165p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lúcia Maria. **Cadernos de Saúde: planejamento e gestão de saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26.

DINIZ, Eli. Reforma do Estado e Governança Democrática: em direção à democracia sustentada?. Seminário Internacional sobre Democracia, Gobernanza y Bienestar en las sociedades globales, 2003, Barcelona. **Anais...** Barcelona, 2003.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Manual de orientação. Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (1910-1989). **Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm**, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; SANTOS, Rieckmann Brigitte Martins dos. Por que fazer Pesquisa Qualitativa em Saúde?. **Caderno de Saúde**, v. 1, n. 2, jul./dez. 2006.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: _____. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/territorializacao_dicionario.pdf>. Acesso em: 5 set. 2010.

HOUAISS, Antônio (1915-1999); VILLAR, Mauro de Salles (1939-). **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. Disponível em: <http://www.ea.ufrgs.br/pos_graduacao/especializacao/turmas/esp2005/social2005/Download/ArquivoProfessor/INOJOSA.PDF>. Acesso em: 17 ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. **Reforma y Democracia: Revista del CLAD**, Caracas, n.12, p. 89-108, oct. 1998.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LUCENA, Romualdo Mendonça de; SOUSA, Jailson Lopes de. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Aids: Pernambuco, 1996 e 2005. **DST – J. Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 3, p. 136-142, 2009.

LOPES, Mário. O Sistema de Atendimento das Emergências Médicas. In: _____. **Emergência Médicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989. p. 2-6.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001. p. 17-23.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de Atenção regulada de Urgência e Emergência. In: MELO, Maria do Carmo Barros; VASCONCELLOS, Marcos Carvalho (Org.). **Atenção às urgências**

e **emergências em pediatria**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005. p. 375-385.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Prefácio. In: SILVA, Sílvia Fernandes *et al.* **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas; SP: IDISA; CONASEMS, 2008.

MARQUES, A. J. S. Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. (apostila). Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais em 2009.

MARQUES, A. J. S. *et al.* Rede de Urgência e Emergência. In: MARQUES, A. J. S.; MENDES, H. O. L. (Org.). **Choque de Gestão em Minas Gerais**: Resultado na Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. p. 117-135.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da; ALMEIDA, Carolina Trancoso de. Transporte. In: MELO, Maria do Carmo Barros de; NUNES, Tarcizio Afonso; ALMEIDA, Carolina Trancoso de (Org.). *Urgência e emergência pré-hospitalar*. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2009. p 45-52.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61-208.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Epidemiologia. Análise da Situação de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2008a. 200p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 1.493 de 27 de maio de 2008. Aprova as normas gerais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – PRO HOSP – Urgência e Emergência, competência 2008–2009. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2008b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Fichário do 2º Encontro Estadual dos Gestores. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2008c.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Apostila do SAMU de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2008d.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 1.771 de 13 de fevereiro de 2009. Aprova as normas gerais para implantação de incentivo aos hospitais

da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências da Macrorregião Norte no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. SES n. 1.924, de 17 de junho de 2009. Dispõe sobre a implantação e implementação das Unidades de Pronto Atendimento/UPA e Salas de Estabilização/SE no Estado de Minas Gerais, conforme Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009, e aprova os projetos de incentivos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.000 de 19 de agosto de 2009. Aprova as normas gerais sobre o Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência/PRO-URGE, com o objetivo de organizar a rede de resposta às urgências, no âmbito do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.132 de 09 de dezembro de 2009. Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009d.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.134 de 09 de dezembro de 2009. Dispõe sobre recursos financeiros para custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU competência - 2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009e.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES n. 2.551 de 13 de outubro de 2010. Dispõe sobre a prorrogação dos Termos de Compromisso de Gestão referentes ao programa Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010a.

MINAS GERAIS. RESOLUÇÃO SES n. 2.607 de 7 de dezembro de 2010. Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010b

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.608, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre as normas gerais do incentivo financeiro complementar de custeio das equipes de Urgência e Emergência dos Hospitais que compõem a Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais, competência 2011. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.838, de 14 de junho de 2011. Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011a

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.895 de 10 de agosto de 2011. Constitui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 2.944 de 21 de setembro de 2011. Dispõe as normas gerais sobre o Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência/PROURGE, com o objetivo de organizar a rede de resposta às urgências, no âmbito do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n. 978 de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG e diretrizes para o ajuste em 2013. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011d.

MINHOTO, Laurindo Dias; MARTINS, Carlos Estevam. As redes e o desenvolvimento social. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 81-101, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde em Debate, 46.)

O'DWYER, Gisele; MATTA, Isabela Escórcio Augusto da; PEPE, Vera Lucia Edais. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, Evangelina X. G.; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Claudia. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/06.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington: OPS/OMS, 1998. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/Hsp/HSO/doc238.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010 (Série: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Disponível em: <new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...>. Acesso em: 5 set. 2010.

PORTUGAL. Declaração de Lisboa de 17 outubro de 1989. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=169&tabela=leis&ficha=1&pagina=1>. Acesso em: 17 jul. 2010.

REY, Luís. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.

ROMANI, Humberto Menon *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SANTOS, J. S. *et al.* Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SCARPELINI, Sandro. A Organização do Atendimento às Urgências e Trauma. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 40, n. 3, p. 315-320, jul./set. 2007.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública – Fundação Getúlio Vargas (FGV)**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, Sílvio Fernandes. Redes de Atenção à Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: SILVA, Sílvio Fernandes *et al.* **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008.

SILVA, M. V. C.; TAVARES JÚNIOR, F.; MENDES, E. V. Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* (Org.). **O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 29-44.

SOARES, E. G. Singularidades do trabalho gerencial da Enfermeira no contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Minas Gerais. 2009. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SCHWARTZ, George R. O desenvolvimento da medicina de emergência. In: _____. **Emergências Médicas**. v. 1. Ribeirão Preto, SP: Editora Interamericana, 1982.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. O desafio da gestão das redes de políticas. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Revista Administração em Diálogo**. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/671/468>>. Acesso em: 17 jul. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514.

ULHÔA, Maria de Lourdes. A implantação de nova tecnologia: sua implicação na eficiência de um hospital público de urgência e emergência. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS; Claudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

YIN, Robert K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Brookman, 2005.

**ARTIGO 2- A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO
NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO**

Artigo submetido à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*

A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO

INTRODUÇÃO

Entre os desafios a serem enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção a Urgência e Emergência (UE) merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação podem gerar incapacidade ou óbito no indivíduo¹. Questões como mudanças demográficas e o aumento dos acidentes contribuem para a intensificação da utilização de serviços de saúde, em especial os de urgência, o que revela a necessidade de sua estruturação por parte dos gestores de saúde.

No Brasil, a importância de um sistema de UE foi reconhecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria 2048/2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços¹. Nessa perspectiva, é então proposto que cada estado organize seu sistema de UE, cuja estruturação é considerada essencial para a consecução dos princípios do SUS¹. A efetivação da proposta pressupõe que o sistema de UE se organize sob a forma de rede e que esta incorpore serviços de diferentes complexidades².

É nesse contexto que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com a finalidade de organizar a atenção da UE no Estado, propôs a construção da Rede de Atenção de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG), implantada a partir de 2008.

A escolha da macrorregião ocorreu em função das características da mesma: extensão territorial, dificuldade de acesso, fragmentação das ações, desigualdade na

alocação de recursos e elevada taxa de mortalidade em Anos Potenciais de Vida Perdidos por Morte Prematura³.

Já a gestão da RAUE/MNMG ficou a cargo da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional (CIB-M), em parceria com o Complexo Regulador (CR), constituído pela Central de Regulação Assistencial (CRA) e pela Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (CRUE-SAMU)⁴. Em 2009, foi constituído o Comitê Gestor (CG) da UE como uma Câmara Técnica da CIB.

Esta pesquisa teve como finalidade compreender o funcionamento da RAUE/MNMG, a partir do estudo do seu Comitê Gestor. Espera-se, com ela, poder contribuir para o avanço e consolidação do atendimento aos usuários do SUS na UE.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória do tipo estudo de caso. A coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental, observação e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 0098.0203.000-11).

Na pesquisa documental, foram consultados documentos referentes à RAUE/MNMG e ao CG, tais como documentos de criação, atas, regimento, relatórios e deliberações. Já a observação se deu mediante a utilização de roteiro específico, tendo sido observadas duas reuniões ordinárias do CG, realizadas em Montes Claros num intervalo aproximado de dois meses, com o objetivo de conhecer o funcionamento do Comitê Gestor.

As entrevistas com os informantes-chave, membros do CG e profissionais que o acompanham foram realizadas em Montes Claros e em Belo Horizonte, no período de

maio a outubro de 2011, num total de 18 entrevistas. Dentre os membros, foram entrevistados aqueles que integram o Comitê há pelo menos um ano, totalizando 14 entrevistas. Foram também entrevistados dois representantes da SES/MG dos níveis central e regional. Duas entrevistas não foram utilizadas pelo fato de os entrevistados não atenderem aos critérios de seleção do estudo (ser membro do Comitê e estar acompanhando o CG). As entrevistas, que seguiram um roteiro prévio, foram feitas individualmente e gravadas com autorização dos participantes. Estes, que ficaram cientes dos objetivos e finalidades do estudo na ocasião da entrevista, tiveram seu anonimato assegurado. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, e o critério para o seu fechamento obedeceu à saturação de dados⁵. A realização da análise e sistematização dos dados foi feita de acordo com a técnica de conteúdo proposta por Bardin⁶: leitura flutuante do material, definição das categorias de análise, definição das categorias temáticas e análise dos resultados. Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias: criação/implementação, funcionamento, avanços, dificuldades, facilidades, avanços e propostas.

A opção de se trabalhar com o CG da RAUE/MNMG se justificou pelo pioneirismo da proposta. O CG é o espaço de discussão e implementação das ações do sistema da UE, que avalia e pactua as diretrizes e ações prioritárias desenvolvidas pelos atores envolvidos⁷.

A macrorregião Norte possui 86 municípios e nove microrregiões assistenciais de saúde⁸, ocupa uma área de aproximadamente de 122 mil km² e tem população de pouco mais de 1,5 milhão de habitantes⁹. Essa região caracteriza-se por possuir baixa densidade demográfica de 12,6 hab/km² ⁹, por intensa desigualdade social, extensas áreas rurais que impactam na gestão, organização da assistência, promoção e prevenção da saúde³. O tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e

a qualidade¹⁰ foram princípios fundamentais na estruturação dos pontos de atenção que integrariam a RAUE/MNMG.

A RAUE/MNMG foi implantada em dezembro de 2008, com a inauguração do SAMU Macro Norte de Minas¹⁰, sendo o Comitê constituído em 2009. Este é presidido pelo coordenador Estadual da Urgência e Emergência, sendo composto por aproximadamente 60 pessoas entre titulares e suplentes. Seus integrantes são gestores estaduais e municipais de saúde; coordenadores das Unidades Regionais de Saúde; prestadores de serviços; profissionais e técnicos de saúde; policiais militares, do corpo de bombeiros e representantes do controle social da macrorregião¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com as categorias estabelecidas no estudo.

Criação / Implantação

A ideia de se criar uma RAUE em MG remonta ao ano de 2006 e surge em consonância com a proposta de estruturação da rede assistencial do estado, integrante do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que traçou um planejamento estratégico para o Estado e definiu prioridades¹². Entre elas, está a proposta de Regionalização de Atenção à Saúde, que busca fortalecer a atenção no SUS, de forma regionalizada e cooperativa por meio da implantação de redes¹² entendidas como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82)¹³.

Sua concepção tomou algumas experiências internacionais como fonte de inspiração, sendo também realizadas consultas à literatura internacional sobre o tema.

Esse embasamento, associado à proposta metodológica da SES/MG, resultou no desenho original da RAUE.

[...] quando nós começamos a discutir, já estava embrionária esta ideia da conversa com a Atenção Primária que era o sistema utilizado na Inglaterra, do Manchester [...] a discussão de rede da Itália e essa proposta da Inglaterra, da classificação de risco, que depois fomos a Portugal também, [...] o desenho original, claro com a parte metodológica que o Eugênio já havia desenvolvido, né? Depois a gente fez uma pequena adaptação disso, mas foi ali que surgiu a ideia de trabalhar a rede. E começamos a fazer um aprofundamento teórico disso. (E1)

Ao estudar os modelos de UE de diferentes países, Scarpelini¹⁴ constatou uma diversidade de estruturação dos mesmos e destaca três modelos: o canadense, o americano e o francês. Os dois últimos serviram como inspiração para a RAUE/MNMG, a qual se constitui como um misto desses dois.

O diagrama a seguir (Figura 1) ilustra o processo de elaboração do desenho da rede para o estado. Cinco elementos foram definidores para a sua consecução: financiamento (investimento estadual), definição do modelo de governança (CIB e Complexo Regulador), delimitação da população/território (macrorregião), logística (SAMU macrorregional), e o modelo de classificação de risco (linguagem integrada entre os pontos de atenção em urgência com a adoção do Protocolo de Manchester).

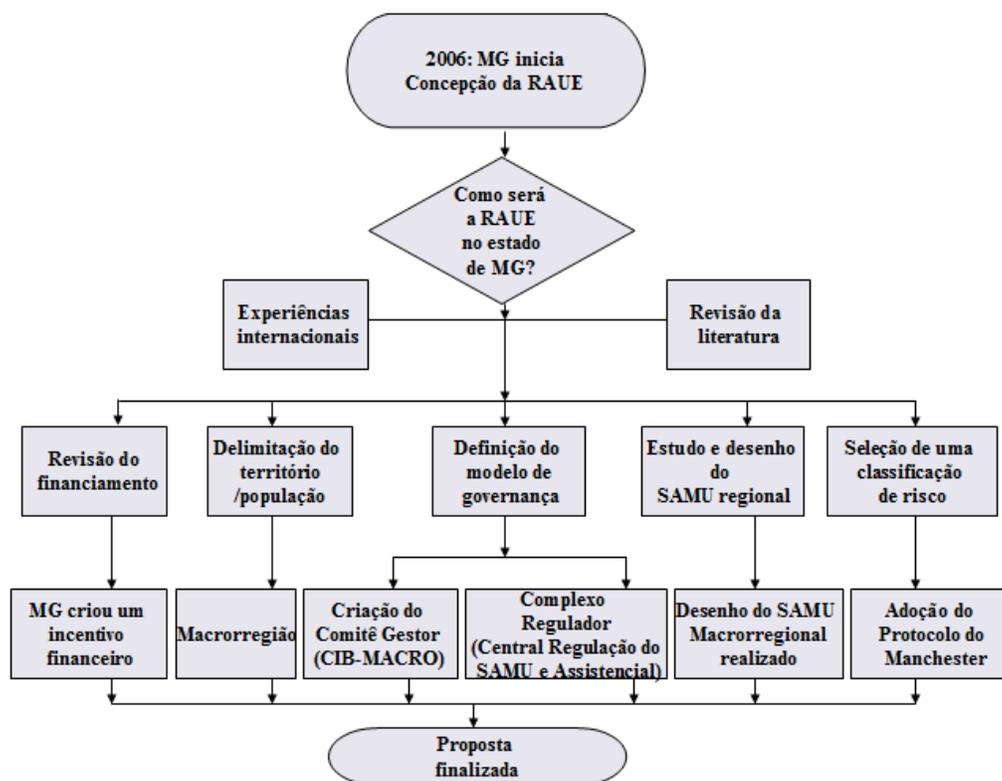


Figura 1: Processo de elaboração do desenho da Rede de Atenção à Urgência e Emergência. **Fonte:** Elaboração própria.

Após esse planejamento inicial, apresentou-se a proposta ao gestor estadual, que a considerou demasiado complexa e de difícil execução. Contudo, em 2007, ela foi reapresentada, e, desta vez, aceita, sendo então realizado um projeto piloto de implantação. A escolha do território se deu após alguns estudos sobre as regiões do estado, no sentido de identificar a mais apropriada.

A região escolhida na época foi a região Norte por uma série de fatores: um deles é que tinha uma facilidade do ponto de vista de integração entre os municípios (...) pela carência crônica deles; eles tinham já uma história de consorciamento bem desenvolvido; existia um polo muito determinante, ou seja, (...) é um polo de grande porte que a cidade de Montes Claros; já existia um SAMU em Montes Claros bem avaliado, (...); e já existia, também, uma própria condição de estudo na época, um estudo do APVP, dos Anos Potenciais de Vida Perdido, e que aquela região impactava a implantação da Rede. (E1)

O processo de sensibilização e divulgação da RAUE/MNMG se deu por meio da realização de oficinas, das quais participaram gestores, profissionais de saúde,

prestadores, entre outros, ficando cada microrregião responsável pela multiplicação da metodologia em seu território.

A implantação da Rede começou primeiramente com as oficinas de sensibilização, porque inicialmente, as pessoas tinham que entender o que era uma rede assistencial. Porque ela ia, na verdade, mudar um paradigma daquele atendimento fragmentado e cada município era responsável pelo seu atendimento em relação à urgência e emergência. (E3)

Como produto das oficinas, foi realizado um diagnóstico situacional dos pontos de atenção; foram localizadas as bases do SAMU e definida a distribuição dos tipos de ambulâncias (básica ou avançada) a serem utilizadas; foi definido o funcionamento da CRA, bem como os hospitais e sua tipologia. Concluiu-se pela não necessidade de criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), optando-se pela utilização dos serviços já existentes. Assim, no seu desenho, foram definidos 18 pontos de atenção hospitalares classificados de acordo com sua tipologia e função; o Protocolo de Manchester para a classificação de risco e o SAMU macrorregional com 47 ambulâncias distribuídas em 37 bases descentralizadas com uma Central de Regulação própria que coordena os atendimentos das Unidades Pré-Hospitalares¹⁰.

A RAUE/MNMG foi inaugurada em dezembro de 2008 após assinatura do termo de adesão entre os municípios integrantes e o Estado, simultaneamente à operacionalização do SAMU na região. A constituição do CG ocorreu em 19 de fevereiro de 2009¹⁵. Concomitantemente, a SES/MG publicou a Deliberação CIB-SUS/MG n° 507/2009¹⁶ e a Resolução n° 1.771/2009¹⁷, que aprovaram as normas gerais para implantação do incentivo aos hospitais da RAUE/MNMG. Para o entendimento da função do Comitê, foi realizado um curso de capacitação para os participantes da oficina, coordenado por consultores da Secretaria.

Segundo o Ministério da Saúde, o CG representa:

O espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas

instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis (BRASIL, 2011, p. 9)¹⁸.

Como se vê, a implantação da RAUE/MNMG se deu em consonância com o entendimento de Inojosa¹⁹, a qual afirma que rede representa parceria que pode abarcar e fomentar relações interpessoais, interorganizacionais, intergovernamentais e intersetoriais.

Para Santos *et al.*², é importante que as ações de saúde sejam realizadas em redes, obedecendo e fortalecendo os princípios organizativos do SUS. Na UE, os autores acrescentam que a rede de atenção deverá ser constituída agregando serviços de todas as complexidades, o que se constatou na estruturação da RAUE/MNMG.

Funcionamento

Segundo um entrevistado, a RAUE/MNMG está bem-estruturada em seus elementos constituintes – logística e pontos de atenção definidos, CG como instância mediadora e CIB como instância deliberativa:

Eu acho que a rede está bem pensada. [...] Com certeza ela vai ter adequações até porque o processo é muito dinâmico. [...] Mas, eu acho que ela está estruturada: tem linguagem; tem logística; tem os pontos definidos; tem o Comitê para mediar tudo isso; tem a CIB, que é a instância deliberativa. [...] (E15)

Para seu funcionamento, criou-se o Complexo Regulador (CR), composto pela Central de Regulação Assistencial (CRA / central de leitos) e pela Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE-SAMU), sendo nele tomadas todas as decisões. Estruturação semelhante foi adotada pelo município de Guarulhos (SP), o qual iniciou seu processo de implantação de um Complexo Regulador Municipal em 2006, constituído pela central de regulação hospitalar, central de regulação ambulatorial e a central de urgências²⁰.

Contudo, apesar de as estruturas da RAUE/MN integrarem o mesmo complexo, sua interlocução ainda é incipiente, o que aponta para a necessidade do estabelecimento de um desenho que fomente sua articulação.

[...] nós temos uma central que está no mesmo ambiente, tanto de leito quanto, elas se complementam, mas, como a gente percebe há uma discussão ainda incipiente de processos, [...] da urgência, da regulação, dessa operação da urgência, eu percebo que ainda há alguns entraves entre eles. (E1)

No que se refere à CRA, esta estabelece uma interlocução com o gestor estadual, gestores municipais, usuários, direções hospitalares e promotores públicos. Está interligada por sistema on-line denominado SUS-FÁCIL às nove microrregiões e funciona em caráter de plantão, 24 horas. Em caso de falhas do sistema, é utilizado o telefone. A competência da CRA é a de regular o leito da urgência e do procedimento eletivo. Assim, a saída dos pacientes dos municípios está vinculada à liberação de vaga garantida pela Central, onde existem protocolos para facilitar o trabalho dos médicos. A CRUE-SAMU é a responsável pelo primeiro atendimento ao paciente e pela transferência do mesmo para a RAUE/MNMG. O SAMU é regionalizado, tem sua sede no município polo, seu financiamento é tripartite, e sua operacionalização se dá por meio de consórcio público firmado entre os municípios da macrorregião. O SAMU visualiza toda a rede e interliga cada ponto da mesma. Trabalha com protocolos de referência e possui um Núcleo de Educação Permanente (NEP), que tem qualificado as portas de entrada do sistema. Estratégia semelhante de SAMU regionalizado foi utilizada em Santa Catarina²¹.

Na realidade, o estado tinha parceria com a União que seria um repasse de 50% da União, 35% do Estado e 15% seria de responsabilidade dos municípios. Mas chegou certo ponto da implantação acabou que assumindo, quase na sua totalidade, o estado. [...] os municípios, a partir da constituição do consórcio público, do CISRUN, passaram a contribuir. E esse percentual é 13 centavos *per capita*. Então, cada município dá um valor menor que não chega aos 15% estipulados. (E2)

Segundo Machado *et al*²², o SAMU é composto por uma central reguladora e um conjunto de ambulâncias, que demandam profissionais qualificados e equipamentos necessários para a atenção à urgência. Os autores acrescentam que, apesar da inspiração internacional, o SAMU, no Brasil, adquiriu características próprias, o que pode ser constatado neste estudo.

O CG se constitui como uma Câmara Técnica da CIB e seu papel é registrar, ajudar e solucionar questões relacionadas ao funcionamento da RAUE: “O Comitê não é de decisão, mas os referendos do Comitê, quase sempre, ou sempre são acatados pelo estado, como uma política.” (E16)

Também em Santa Catarina houve a criação de Colegiados Macrorregionais, denominados “Comitê do Complexo Regulador – macrorregional”, definidos²¹ como espaço “que fará o acompanhamento e monitoramento, tanto das atividades operacionais das diversas Unidades de Trabalho/Centrais de Regulação quanto da execução da PPI” (MACHADO *et al.*, 2011, p. 12). Os comitês gestores são destacados por O’Dwyer²³, que os define como importantes no planejamento do atendimento, especialmente na integração dos serviços, realizada a partir de interesses de vários e diferentes municípios.

No processo de tomada de decisão do CG da RAUE/MNMG, as situações conflitivas e/ou complexas são abordadas por meio da criação de comissões internas ou câmaras técnicas, as quais propõem soluções aos problemas identificados.

Uma caracterização do CG, que busca tomar decisões consensuais, é dada por um entrevistado: “extremamente técnico, é apolítico, apartidário [...] pelo menos é o que eu tenho percebido assim” (E15). As pautas são solicitadas pelos membros e definidas conforme as prioridades dos participantes da rede, e sua distribuição é feita no início de cada sessão, sendo, entretanto, permitida a inclusão de novos temas.

É preciso considerar os pontos de atenção que integram a RAUE/MNMG: atenção primária, hospitais micro e macrorregionais.

Para Mendes¹³, a importância da implantação das redes para a organização da atenção à saúde encontra-se na busca de superação da fragmentação dos sistemas de saúde, permitindo a gestão dos diversos pontos de assistência à população. Assim, a APS, definida como a porta de entrada do sistema, tem reconhecida tanto a sua importância estratégica como a necessidade de seu bom funcionamento para o desempenho da RAUE/MNMG.

A atenção primária é a base para todas as redes. Você pega urgência e emergência, materno infantil, hipertensão, diabetes, o idoso, não tem jeito, tem que passar pela atenção primária. Urgência e emergência você ainda pode ter entrada direta nos hospitais dependendo da sua situação, mas uma parcela ainda vai passar pela atenção primária. (E15)

Foi também definida a implantação da classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio do Protocolo de Manchester³. Segundo Cordeiro Júnior²⁴ experiências internacionais indicam que a classificação de risco é a base da RAUE, sendo estruturada em diretrizes clínicas. Tal fato foi considerado na criação da RAUE/MNMG e está sendo incorporado como rotina nos pontos de atenção. Recentemente, passaram a ser dados incentivos financeiros para a efetivação da classificação de risco no Estado de Minas Gerais, conforme Resolução SES nº 2.838 de 14/6/2011²⁵.

Dificuldades

O financiamento está entre as dificuldades elencadas pelos entrevistados: “Então, entra essa questão muito dificultadora que é a questão do financiamento dos nossos procedimentos. Aqui, infelizmente, ele é sub-financiado.” (E14)

São apontadas a insuficiência dos recursos – gerando sub-financiamento, considerado um fator limitador ao funcionamento da RAUE/MNMG –, bem como a inadequação do tipo de repasse dos mesmos – pagamento por procedimento, estabelecido pela Programação Pactuada Integrada (PPI). Destacou-se também o baixo investimento federal na área, a ausência de reajustes periódicos, o baixo valor pago aos procedimentos realizados e a insuficiência de recursos para o pagamento dos profissionais: “[...] todos nós sabemos que no SUS há quase 10 anos, não se reajusta procedimentos. E quando os reajustes ocorrem pontuais e se você analisar no seu faturamento é menos de 1% em 10 anos.” (E15)

O fato de ser esta uma região na qual o financiamento da saúde se dá essencialmente por meio de recursos públicos, estabelecendo uma relação de dependência entre os entes federados, foi outra dificuldade apontada: “Então, nós necessitamos, infelizmente e felizmente ao mesmo tempo, do estado, da União e dos municípios. O financiamento da saúde na nossa região é puramente público.” (E14)

O financiamento do SUS tem sido uma discussão levantada por diversos autores^{26,27}. Para Dain²⁷,

Do ponto de vista da necessidade incontornável da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde, é essencial que o SUS possa alcançar novo patamar de gastos, compatível com a superação dos vazios sanitários e com as desigualdades regionais e setoriais que ainda caracterizam o acesso e a utilização de serviços produzidos pelo sistema (DAIN, 2007, p. 1852).

Na RAUE/MNMG o sub-financiamento limita a atuação dos gestores no cumprimento dos compromissos pactuados, dificulta o pagamento e a manutenção de profissionais de saúde, provocando descontinuidade do atendimento, e limita também o investimento em qualificação dos profissionais. O não cumprimento pelos municípios das ações pactuadas reflete também no SAMU, aumentando viagens e custos operacionais.

O pagamento por procedimentos é considerado inadequado para o serviço de urgência. Tal fato entra em contradição com a própria concepção do que deve ser uma RAUE.

[...] esse modelo de PPI, por exemplo, que é um modelo de pagamento [...] Ele é um modelo ruim. [...] porque o hospital X, se ele fizer, ele vai receber, se ele não fizer, ele não recebe. [...] eu não posso pagar a urgência da mesma forma que eu pago um procedimento eletivo [...] A urgência tem uma lógica parecida com a Defesa Social, ou seja, eu pago para você ficar ali esperando. (E1)

Em relação aos recursos humanos, as dificuldades apontadas são: qualificação e preparação inadequadas para atuação na urgência; insuficiência de profissionais e especialistas; dificuldade de fixação dos profissionais, rotatividade e baixa remuneração.

Não tem uma política, a atenção primária não tem uma política de fixação do profissional. Não tem uma política de formação, não tem uma política de valorização do profissional. O salário quem dita é o mercado, não existe uma política pública de salários. (E15)

A sub-remuneração e a precariedade das relações trabalhistas atuais diminuem a adesão dos profissionais ao SUS²⁸. Dessa forma, tem-se um número insuficiente de profissionais, que, juntamente com a ausência de treinamento ou reciclagem dos mesmos, a demanda em excesso ou inadequada e a insuficiência de recursos com gerenciamento precário, constitui problema grave enfrentado na urgência²⁹.

Há pouco interesse dos profissionais pela UE, sendo poucos os profissionais que a percebem como um local para o desenvolvimento de uma carreira e/ou de pesquisa. Geralmente os setores de emergência dos hospitais representam a primeira oportunidade de emprego de jovens médicos e enfermeiros, os quais permanecem nesta situação até a estabilizarem profissional e financeiramente¹⁴.

Os diferentes valores pagos aos médicos pelos municípios da região levam, entre outras questões, ao aumento da rotatividade e da competição entre os mesmos. Para

sanar este problema, está em discussão a proposta de criação e instituição das Diretrizes Nacionais de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS³⁰.

No que tange à rede assistencial, as dificuldades apontadas foram: desequilíbrio entre as microrregiões, que apresentam graus diferenciados de organização dos serviços de saúde; predomínio de hospitais de médio e pequeno porte e seu despreparo para o atendimento aos doentes mais graves; não cumprimento dos procedimentos pactuados pelas microrregiões, sobrecarregando a macrorregião no atendimento hospitalar. Nesta última constatou-se que a macrorregião tem atendido tanto à média como à alta complexidade: “Um desses problemas são as micros não estão fazendo o papel delas, com isso, superlotando a nossa macro e dificultando os hospitais maiores de receber os pacientes da urgência e emergência.” (E10)

O fato de os hospitais serem, em sua maioria, filantrópicos ou privados também acarreta dificuldades, uma vez que não há disponibilidade suficiente de leitos para o SUS. Aliada a isso está a desigualdade na distribuição dos hospitais nas microrregiões em relação à tipologia e ao número de unidades:

[...] algumas micros com 4 ou 5 hospitais inseridos na Rede de Urgência e Emergência e outras micros com apenas um hospital. Alguns hospitais com a micro muito grande e com apenas dois hospitais. [...] Eu acho que é uma distribuição meio que equivocada [...] (E14)

Entre as dificuldades do SAMU destacam-se: a manutenção dos profissionais; sua vinculação federal, o que dificulta e encarece a manutenção e a reposição dos equipamentos; ausência de transporte aeromédico próprio, gerando conflitos com a polícia militar; desconhecimento da sua função e do serviço de regulação.

A relação entre o SAMU e o corpo de bombeiros é apontada como difícil, uma vez que a convivência entre duas corporações, com processos regulatórios diferenciados, muitas vezes gera conflitos de competência e competitividade entre ambos.

Porque a gente vê, principalmente nos municípios menores, uma competitividade do SAMU e corpo de bombeiros. Os dois são acionados para atender a mesma situação e aí um fica brigando: esse paciente é meu, não, esse paciente é meu. Porque a população não sabe direito. Por que SAMU? Por que corpo de bombeiro? Qual é o melhor? Qual é a função de cada um? (E15)

Essa falta de sintonia entre o corpo de bombeiros e o SAMU também é encontrada em estudo do Estado do Rio de Janeiro²⁹.

Sobre a CRA, os entrevistados ressaltam que há dificuldades no exercício de sua função, pois há resistência dos prestadores e dos profissionais em atendê-la, ou seja, em reconhecer seu poder sanitário: “Na prática, a Central autoriza para um determinado hospital, mas esse determinado hospital não aceita, e, aí, a Central não pode fazer nada apesar dela ter poder sanitário para isso. Ela deveria ter como intervir [...]” (E9)

A ação do poder judiciário também é referida como dificuldade para a CRA, na medida em que a ordem judicial é soberana em relação à regulação, definindo sobre a disponibilização de leitos e sobre a permanência de profissionais.

O paciente ter que ficar no CTI, mas eu quero que o médico do SAMU fique com ele até achar UTI, que é claro que ele precisa. Aí, o SAMU vai para lá e fica dentro da UTI, que tem um plantonista. E o médico do SAMU não arreda o pé. Só tem ele de plantão dentro da ambulância. Pode cair um paciente da urgência ali que ele não pode arredar o pé da UTI, senão ele paga dois mil reais por dia que é a multa o juiz expede. (E10)

A extensão territorial, a densidade populacional, as barreiras geográficas, as estradas, a distância e os longos deslocamentos também foram dificuldades relatadas: “Nós temos locais de difícil acesso. O Rio São Francisco praticamente passa cortando a nossa macro ao meio. Nós temos cidades do outro lado do São Francisco que para chegar até essas cidades são balsas.” (E3)

Alguns autores relatam que a geografia, a demografia, a condição socioeconômica os aspectos culturais e profissionais, as condições de investimento em saúde, da região, entre outros, são fatores que interferem na acessibilidade aos serviços de saúde^{31,32}.

A frágil organização da APS na região é colocada como uma dificuldade pelos entrevistados, por possibilitar que a UE funcione como a porta de entrada do sistema: “[...] observa-se uma fragilidade na APS em alguns municípios, uma vez que os mesmos não têm uma boa cobertura de PSF, o que faz com que os pacientes se dirijam diretamente à rede hospitalar para serem atendidos.” (E11)

Achado semelhante está presente no trabalho²⁹ que identificou várias referências negativas à Atenção Básica do Estado do Rio. Para os autores, “com a melhor definição da rede e fortalecimento do PSF, pode ser que os serviços de emergência deixem de ser a real e principal porta de entrada do sistema e que o processo de trabalho nesses serviços seja mais compatível com a sua missão” (O’DWYER *et al.*, 2008, p. 1645).

Para o CG são relacionadas dificuldades relativas ao processo de tomada de decisão, em especial quando há a predominância do político sobre o técnico, situação relativamente comum na região estudada.

[...] um dos desafios, na verdade, para a tomada de decisão no Comitê [...] Quando a gente tem alguma decisão que é técnica e esbarra numa questão que é política. (...). Então, eu vejo que o principal problema talvez seja esse. (E3)

O fato de o mesmo não ser instância deliberativa também é apontado com problema, pois a CIB muitas vezes incorre nessa questão e, conseqüentemente, não homologa as decisões do CG: “Mas uma questão que tem entrave é a questão do CIB para mim. Porque não adianta o Comitê ser extremamente técnico e tal. Mas se a CIB não homologar, não adianta, pois a instância que homologa é a CIB.” (E15)

Facilidades

As facilidades apontadas conjugam melhorias no acesso e na estrutura dos serviços, o compromisso dos atores no processo de implantação e a consolidação da RAUE/MNMG.

Em relação ao acesso, destaca-se o asfaltamento das estradas da região e a implantação da telefonia celular: “Então, o governo já estava dentro dessas duas linhas de ação [...] não sei se ele chamava de “Pró-Acesso”, o programa do governo, e asfaltou várias rodovias.” (E7)

Já estruturalmente, merece destaque a criação e consolidação do SAMU, considerado primordial à efetivação da RAUE/MNMG, com seu sistema logístico de transporte e equipe forte e competente: “Outro fator facilitador é, com certeza, o funcionamento do nosso SAMU regional, que a gente sabe que é muito difícil o norte de Minas, a carência que temos de profissional, de hospital.” (E6)

Ainda em relação à estrutura, a existência de um CR com comando único, organizado e articulado também foi ressaltada: “Complexo Regulador, a rede tem que ter um comando único. (...) Isso facilita, [...] porque você vai levar o paciente no lugar certo, no ponto certo, na hora certa, no momento que é importante, no ponto de atenção certo.” (E17)

Outras facilidades logísticas são o suporte técnico propiciado pela empresa de processamento de dados do estado, o serviço de internet disponibilizado, a utilização do Telessaúde e a adoção do Protocolo de Manchester nos pontos de atenção.

Sobre o CG, foram relatados como facilidades o envolvimento de seus integrantes, a periodicidade das reuniões e a presença constante do Coordenador Estadual: “O fator facilitador, a meu ver, muito grande é o nosso Comitê. O pessoal,

todos os participantes da Rede, hospitais e município, estão totalmente envolvidos com relação a esse Comitê.” (E6)

A adesão dos municípios à proposta com o consequente entendimento de seu papel, bem como a aceitação por parte dos mesmos do trabalho compartilhado na Rede também foram apontadas como facilidades: “[...] o que tem facilitado, primeiro, é a adesão dos municípios. Todos os municípios entenderam seu papel, aderiram, e a discussão vem sendo feita mensalmente.” (E12)

A atuação da SES/MG é outra facilidade levantada, com os seguintes destaques: a continuidade do então secretário de saúde; as respostas às demandas apresentadas; as orientações nas áreas jurídica e administrativa; o trabalho e o suporte propiciados pela mesma; a construção democrática e transparente do processo e seu papel indutor no processo de regionalização. “Então quer dizer que é o mesmo secretário, então ele está dando continuidade ao projeto. Não é aquele negócio, muda o político e muda todo mundo e o projeto é esquecido.” (E7)

Há o entendimento de que a Rede facilita a organização do gestor municipal possibilitando um maior planejamento das ações.

[...] outros elementos facilitadores é a oportunidade que os gestores estão tendo de poder aprofundar na atenção primária. Porque uma vez que você tem ali uma gestão da urgência e emergência, o gestor tem mais tempo para planejar, organizar a atenção primária e promover a saúde nos seus municípios. (E11)

A decisão política de criação da Rede e o apoio recebido pelos políticos locais também foram destacados pelos entrevistados: “Eu acho que um facilitador é isso, os políticos aqui da região são líderes, eles querem o bem do norte.” (E7)

Avanços

A implantação da RAUE/MNMG é considerada um avanço para os entrevistados no que se refere ao aumento do acesso, à redução da mortalidade e à melhoria da

assistência. Tais fatores contribuíram para o aumento da resolutividade dos eventos e para a integração dos pontos de atenção.

No acesso, a estruturação do SAMU regional é considerada como um fator importante tanto para seu aumento como para a capacidade resolutiva da RAUE/MNMG, contribuindo, portanto, para a redução da mortalidade. “Então, hoje, a população tem um acesso maior, tanto é que nós já temos resultados que a rede já mostra o impacto positivo na diminuição da mortalidade do Norte de Minas” (E3). O reflexo positivo do atendimento da UE nos indicadores de morbidade e mortalidade também foi encontrado em pesquisa desenvolvida no Rio²⁹.

Outros avanços apontados referem-se à melhoria na resolutividade dos serviços, e à descentralização de serviços de média e alta complexidade para outros municípios da macrorregião:

[...] a descentralização que esse programa foi feito, a nível de estado. Quer dizer, antes só tinha CTI em Montes Claros e hoje tem CTI em vários lugares. Antes tinha hemodiálise só em Montes Claros, hoje tem hemodiálise em vários lugares. O atendimento médico de alta complexidade praticamente era só aqui. Hoje já tem em Pirapora, Janaúba, Taiobeiras, Salinas, Janaúria, Brasília de Minas. (E16)

Por fim, a criação do CG também foi considerado um avanço nesse processo:

Então, foi um avanço muito grande porque nós temos aí hoje resultados muito bons que é uma discussão que está longe do que a gente via antes. Hoje nós temos uma, essa instância de negociação, nós temos um diálogo mais técnico, o diálogo, a questão da saúde era muito envolvida com as questões políticas. Hoje, está mais se preocupando com a questão técnica, preocupados com o paciente, com o bem-estar dos pacientes. (E11)

A despeito dos avanços apontados, os entrevistados concordam que o funcionamento da Rede ainda não atingiu o patamar desejado, o que demonstra a necessidade de continuidade, de melhoria e do aumento dos recursos destinados a ela.

Isso ainda não funciona da forma como a gente quer, mas podemos constatar avanços impressionantes e já um entendimento maior sobre o funcionamento da Rede. (E11)

[...] É uma ideia fantástica. Tem muita coisa a melhorar? Tem. Os recursos são poucos? São. Precisa ser modificado isso? Com certeza. Tem muita gente fazendo sacrifício. (E16)

Propostas

As propostas apresentadas estão relacionadas ao financiamento, ao redesenho da RAUE/MNMG, às atribuições do CG, às relações entre os poderes constituídos e à divulgação da experiência. Sobre o primeiro, é proposta a mudança do modelo por procedimento, e, para isso, sugerem o entendimento entre as instituições envolvidas – MS, SES e COSEMS.

Propõe-se que o redesenho seja baseado em critérios demográficos e geográficos, no intuito de conferir maior equidade à distribuição dos serviços: “Acho que seria interessante, se fosse possível, elaborar um estudo para verificar essa equidade de distribuição desses hospitais [...] em todas as micros. É uma reestruturação desse desenho inicial.” (E14)

Sugere-se também o estabelecimento de metas para os recursos repassados aos prestadores, para que os mesmos sejam utilizados para os devidos fins, sendo o monitoramento realizado pela SES/MG.

Seria interessante ocorrer o monitoramento por parte da SES para estabelecer alguns critérios para os hospitais utilizarem esse recurso. Monitoramento com relação à meta, porque o estado repassa o recurso para o hospital e, pelo o que eu percebo, mais de 95% dos hospitais, realizam, utilizam esse recurso com pagamento de profissionais. (E6)

Sobre o CG, a proposta principal é que o mesmo se converta numa instância deliberativa, o que agilizaria a tomada de decisão. A boa experiência do CG fez com que fosse sugerida a criação de estrutura semelhante nos demais projetos da SES/MG: “[...] existe uma proposta até do COSEMS macro norte que se crie Comitê Gestor para outras áreas da Secretaria de Estado da Saúde, como Viva Vida.” (E12)

Por fim, a avaliação positiva da Rede é estimuladora à divulgação do trabalho desenvolvido. Para isso, sugerem a realização e a publicação de estudos, a utilização da mídia, entre outras estratégias.

Agora, eu acho que falta muito, falta o cidadão Sr. João que está lá na ponta entender pouco melhor isso. Não tem um trabalho de mídia do estado. Eu acho que isso devia ir para a mídia, numa linguagem que a população entendesse qual é a função do SAMU, por que o SAMU existe. (E15)

Considerações finais

Observou-se neste estudo que a implantação de uma RAUE, é complexa, dinâmica, e envolve diversos e diferentes atores.

Em Minas, esse processo não foi diferente. Embasada em evidências e experiências internacionais, a RAUE/MNMG é fruto de uma decisão pioneira e ousada e, a despeito das dificuldades apontadas, tem se mostrado bastante positiva.

Entre os avanços alcançados está a criação do CG, fórum de gestão que favorece a busca de soluções para as dificuldades encontradas. Os depoimentos colhidos e a observação de seu funcionamento demonstram sua importância e legitimidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção¹³, todos eles identificados na RAUE/MNMG.

Acredita-se que uma reavaliação da distribuição da tipologia hospitalar e das bases do SAMU poderá aprimorar o seu funcionamento, conforme mencionado por alguns entrevistados. Já a APS foi apontada como necessária à melhoria do seu desempenho.

Observou-se, também, a relevância do CR na gestão do sistema, em especial a atuação do SAMU, que se articula diariamente com os componentes da RAUE/MNMG, superando o entendimento de ser apenas um apoio logístico. Já a CRA busca

constantemente o gerenciamento dos leitos, encontrando algumas dificuldades no desempenho de sua função. Uma maior interação da Rede com o Corpo de Bombeiros poderia contribuir para a ampliação da atuação do CR.

Outro fator relevante observado refere-se à participação do estado, facilitando a compreensão dos desafios e a busca de soluções para os problemas. Também os investimentos em projetos estruturadores para a saúde e outras áreas são pontos positivos detectados.

É necessária, ainda, uma maior aproximação entre os entes federados, Universidades e Conselhos de Classe, no intuito de discutir e propor soluções aos problemas identificados – baixa remuneração, rotatividade e deficiências na formação dos profissionais.

O financiamento apresentou-se como um ponto crucial ao bom desempenho da RAUE/MNMG, o que demonstra a necessidade de sua revisão e incremento, cabendo aos gestores do SUS essa discussão.

Destaca-se, por fim, o comprometimento e a determinação de todos os envolvidos na melhoria e consolidação da proposta independentemente dos desafios a serem enfrentados, numa demonstração da irreversibilidade do processo: “Então, eu diria que, hoje, é um processo que não tem volta.” (E11)

A proposta da RAUE/MNMG como uma experiência pioneira no Brasil impõe limitações a este estudo ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de outros. Espera-se que esta pesquisa contribua não só para um melhor entendimento da RAUE/MNMG como também para a implantação de outras semelhantes no Brasil.

Agradecimentos

Aos membros do Comitê Gestor de Urgência do Norte de Minas e profissionais que contribuíram com o seu tempo e disponibilidade para a entrevista. À SES/MG, que

possibilitou a efetivação da pesquisa. À contribuição direta ou indireta da chefia e equipe da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e, principalmente, da Coordenação Estadual da Urgência e Emergência e da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

REFERÊNCIAS FINAIS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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* 2002; 5 nov.
2. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina, Ribeirão Preto* 2003; 36(2/4):498-515, abr./dez.
3. Marques AJS. Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009.
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Rede de Urgência e Emergência: Minas Gerais. Fichário. Belo Horizonte; 2011.
5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública*, 24(1): 17-27, jan, 2008.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Ed 70; 2008.
7. Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas Gerais. Regimento Interno do Comitê Gestor da Rede de Atenção de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas. Montes Claros; 2009.
8. Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG e diretrizes para o ajuste em 2013. Secretaria de Estado de Saúde; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [acessado 2012 Jan 11]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat>.
10. Marques AJS, Cordeiro Júnior W, Santos Júnior R, Colares YF, Alves L. Rede de Urgência e Emergência. In: Marques AJS, Mendes HOL,

- organizadores. *Choque de Gestão em Minas Gerais: Resultado na Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010. p. 117-135.
11. Relatório da 25ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional – CIB-Macro/Norte/SUS. Montes Claros; 2009.
 12. Silva, MVC, Tavares Júnior F, Mendes EV. Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.*, organizadores. *O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009. p. 29-44.
 13. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 61-208.
 14. Scarpelini S. A Organização do Atendimento às Urgências e Trauma. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2007; 40(3):315-20, jul./set.
 15. Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas Gerais. Ata da Reunião realizada em 19 de fevereiro de 2009. Constituição do Comitê Gestor da Rede de Atenção de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas. Montes Claros; 2009.
 16. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 507/2009. Estabelece as normas gerais de Implantação do incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências no âmbito da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2009.
 17. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 1.771, de 13 de fevereiro de 2009. Aprova as normas gerais para implantação do incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências da Macrorregião Norte no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2009.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Brasília; 2011.
 19. Inojosa RM. Redes de compromisso social. 1999 [acessado 2010 ago 17]. Disponível em: http://www.ea.ufrgs.br/pos_graduacao/especializacao/turmas/esp2005/social2005/Download/ArquivoProfessor/INOJOSA.PDF.
 20. Mendes EV, Silva VH. Caso 2 - O Complexo Regulador Municipal de Saúde de Guarulhos. In: Mendes EV, coordenador. *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p. 83-96.

21. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde*. Florianópolis; dez. 2003.
22. Machado CV, Salvador, FG, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):519-28.
23. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Rev C S Col* 2010; 15(5):2395-2404.
24. Cordeiro Júnior W. *A gestão de risco na urgência*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
25. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES Nº 2.838, de 14 de junho de 2011. Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2011.
26. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Rev C S Col* 2009; 14(3):841-850.
27. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Rev C S Col* 2007; 12(Sup):1851-1864.
28. Goulart F. Descentralização e regionalização do SUS na década de 1990. In: Tasca R, coordenador. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 29-42.
29. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Rev C S Col* 2008; 13(5):1637-1648.
30. Brasil. Proposta Preliminar das Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCSSUS), elaborada pela Comissão Especial criada pela Portaria nº 626/GM (em 08/04/2004).
31. Lopes M. O Sistema de Atendimento das Emergências Médicas. In: Lopes M. *Emergência Médicas*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1989. p. 2-6.
32. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto - enferm* [periódico na internet]. 2009 [acessado 2010 out 24]; 18(2):266-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma Atenção à Saúde de qualidade para a população demanda dos seus gestores uma organização de forma a construir uma estrutura que favoreça o acesso integral e universal aos serviços de saúde. Isso se aplica especialmente à UE pelo fato de a mesma gerar incapacidade ou mortalidade do paciente caso a assistência seja inadequada ou se não for realizada no tempo certo. Todavia, as dificuldades encontradas no atendimento ao indivíduo na área da saúde têm gerado problemas na UE, cuja situação é revelada pela porta de entrada das emergências, em que se notam atritos entre profissionais e usuários, bem como insatisfação de todos os envolvidos.

Pelo fato de atrair muitas pessoas em razão do atendimento imediato ao paciente e da infraestrutura disponível, existe um grande número de doentes no setor de emergência, acarretando uma sobrecarga nos mesmos. O fato de contar com diversos profissionais e com a disponibilidade de equipamentos 24 horas por dia associado à deficiência da atenção primária e outros níveis de atenção à saúde, faz com que a UE tenda a ser a porta de entrada para o atendimento no sistema de saúde.

Percebe-se que há superlotação de hospitais e serviços de pronto atendimento, sendo isso considerado um problema tanto no Brasil quanto no exterior. A literatura demonstra que existe desorganização dos sistemas de atenção à saúde que causam dificuldades na UE. Somada a esse fator, no Brasil, a demanda espontânea do usuário colabora ainda mais para a sobrecarga nas unidades de UE.⁵⁸ Logo, são constantes nos grandes centros urbanos situações em que, “segundo os usuários, o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado”.⁵⁹

O Ministério da Saúde (MS), buscando organizar a UE, estabeleceu marcos regulatórios para superar as dificuldades encontradas e definiu que cada estado precisaria estruturar essa atenção. Minas Gerais, a fim de reverter a situação da saúde no estado e considerando a legislação federal existente, fez a análise epidemiológica do seu território, reconheceu as fragilidades existentes e buscou alternativa para a reversão da situação encontrada na UE. Assim, como solução e meta

⁵⁸ SANTOS *et al.* Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização, 2003.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 499.

de atenuação da fragmentação da assistência, a SES/MG buscou estruturar Redes de Atenção à Saúde (RAS), como meio de integrar os serviços de saúde. A UE mereceu destaque como no Projeto Estruturador do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) – a Regionalização de Atenção à Saúde, que busca fortalecer a atenção no SUS, de forma regionalizada e cooperativa por meio da implantação de RAS.⁶⁰

Com base em experiências internacionais e na literatura, a SES/MG elaborou um desenho de RAUE e selecionou como piloto a macrorregião norte do estado. Com a implantação da RAUE/MNMG, alcançou-se um aprendizado que possibilitou a publicação de uma legislação específica para a implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais no ano de 2010.

Como resultado desta pesquisa, percebeu-se que a RAUE/MNMG é fruto de uma decisão pioneira e ousada e tem se mostrado bastante positiva. Observou-se neste estudo que a implantação de uma RAUE é algo complexo, dinâmico e envolve diversos atores. As RAS são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção, todos eles identificados na RAUE/MNMG.

A observação de campo, juntamente com os relatos dos sujeitos da pesquisa, demonstrou que, entre os avanços alcançados, a criação do CG é um importante aspecto a ser considerado, uma vez que se constitui num fórum de gestão que favorece a busca de soluções para as dificuldades encontradas. Os depoimentos colhidos e a observação de seu funcionamento demonstram sua importância e legitimidade.

Constata-se, também, a relevância do Complexo Regulador na gestão do sistema, em especial na atuação do SAMU, que se articula diariamente com os componentes da RAUE/MNMG, superando o entendimento de este ser apenas um apoio logístico. Já a Central de Regulação Assistencial busca constantemente o gerenciamento dos leitos, encontrando algumas dificuldades no desempenho de sua função. Uma maior interação da Rede com o Corpo de Bombeiros poderia contribuir para a ampliação da atuação do CR.

⁶⁰ SILVA; TAVARES JÚNIOR; MENDES. Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais, 2009.

Outro fator relevante observado refere-se à participação do estado, que facilita a compreensão dos desafios e a busca de soluções para os problemas. Também os investimentos em projetos estruturadores para a saúde e outras áreas são pontos positivos detectados.

Acredita-se que uma reavaliação da distribuição da tipologia hospitalar e das bases do SAMU poderá aprimorar o seu funcionamento, conforme mencionado por alguns entrevistados. Já no caso da APS, a melhoria do seu desempenho foi apontada como necessária, uma vez que a fragilidade na atenção da equipe da Estratégia de Saúde da Família nos municípios impulsiona os pacientes a se dirigirem à rede hospitalar na busca de atendimento.

É necessária, ainda, uma maior aproximação entre os entes federados, Universidades e Conselhos de Classe, no intuito de discutir e propor soluções aos problemas identificados – baixa remuneração, rotatividade e deficiências na formação dos profissionais.

No que tange à rede assistencial, as dificuldades apontadas foram: desequilíbrio entre as microrregiões, que apresentam graus diferenciados de organização dos serviços de saúde; predomínio de hospitais de médio e pequeno porte e seu despreparo para o atendimento aos doentes mais graves; não cumprimento dos procedimentos pactuados pelas microrregiões, sobrecarregando a macrorregião no atendimento hospitalar.

Já a questão do financiamento apresentou-se como um ponto crucial ao bom desempenho da RAUE/MNMG, o que demonstra a necessidade de sua revisão e incremento, cabendo aos gestores do SUS essa discussão. A extensão territorial, a densidade populacional, as barreiras geográficas, as estradas, a distância e os longos deslocamentos também foram dificuldades relatadas.

Destaca-se, por fim, o comprometimento e a determinação de todos os envolvidos na melhoria e consolidação da proposta, independentemente dos desafios a serem enfrentados, numa demonstração da irreversibilidade do processo. A implantação da RAUE/MNMG poderá trazer impactos na qualidade da atenção nessa região, já que amplia o acesso das pessoas à assistência à saúde.

A proposta da RAUE/MNMG como uma experiência pioneira no Brasil impõe, portanto, limitações a este estudo ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de outros. É uma

temática que, para que seja melhor compreendida, necessita da realização de novas pesquisas que focalizem diferentes RAUE em outras regiões. Espera-se que esta pesquisa contribua não só para um melhor entendimento da RAUE/MNMG, como também para a implantação de outras semelhantes no Brasil.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) senhor(a), convidamos V. Sa. a participar da pesquisa intitulada “A Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais: Um Estudo da Rede da Macrorregião Norte”, que tem como objetivo compreender o funcionamento da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG), a partir do estudo do seu Comitê Gestor. A pesquisa é desenvolvida no Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, pela mestrandia Soraya Figueiredo de Sousa, que é orientada pela Professora Doutora Soraya Almeida Belisário e co-orientada pela Professora Doutora Elza Machado Melo.

Sua participação é voluntária, e a entrevista será gravada e posteriormente transcrita. A sua identificação será mantida sob sigilo e os resultados serão utilizados somente para fins científicos, por meio de trabalhos técnico-científicos, preservando-se seu anonimato. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, tendo sido aprovado. Informamos que você poderá solicitar as informações que desejar da pesquisadora, a qualquer momento do estudo e ainda cancelar sua participação a qualquer instante, bem como solicitar informações adicionais sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Essa participação não trará nenhum ônus e nenhum benefício financeiro a você.

Eu, _____, CI: _____, declaro que obtive de forma voluntária esse TCLE para participação nesse estudo, fui informado(a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar da entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado, e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Entrevistado

Soraya Figueiredo de Sousa
Pesquisadora

Contato das pesquisadoras:

- Soraya Figueiredo de Sousa
Av. José Cândido da Silveira, n. 2.209 – Bairro
Cidade Nova
CEP: 30170-000 - Belo Horizonte/MG
Telefones: (31)3486-1673 ou (31)9142-2518
E-mail: sorayafsousa@ig.com.br
- Profa. Dr^a Soraya Almeida Belisário
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 /Sl 701 – St^a Efigênia.
CEP: 30130-000 - Belo Horizonte/MG
Telefones: (31)3409- 9673

Contato COEP UFMG:

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 –
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala 2005
Campus Pampulha CEP: 31270-901. Belo
Horizonte-MG.
Telefone: 31-34094592
Email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para os membros do Comitê Gestor

Data: ____/____/____

Número da Entrevista: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Tempo de participação no Comitê Gestor: _____

- 1) Como são definidas as pautas do Comitê Gestor?
- 2) Como a rede funciona?
- 3) Como são tomadas as decisões relativas à RAUE/MNMG no seu cotidiano?
- 4) Como são tratados os problemas enfrentados na RAUE/MNMG?
- 5) Quais são os desafios para a tomada de decisão do CG?
- 6) O que precisa ser melhorado na RAUE/MNMG?
- 7) Quais são os fatores dificultadores para o funcionamento da RAUE/MNMG?
- 8) Quais são os fatores facilitadores para funcionamento da RAUE/MNMG?

**APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os servidores da SES/MG –
Nível Central**

Data: ____/____/____

Número da Entrevista: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Tempo de participação no Comitê Gestor: _____

- 1) Fale como foi a implantação da RAUE.
- 2) O que a SES espera da RAUE?
- 3) Dentro do conceito esperado de Rede pela SES/MG, na macrorregião norte, a RAUE/MNMG está atingindo o objetivo?
- 4) O que precisa ser melhorado na RAUE/MNMG?
- 5) Quais são os fatores dificultadores para a efetivação da RAUE/MNMG?
- 6) Quais são os fatores facilitadores para a efetivação da RAUE/MNMG?

**APÊNDICE D - Roteiro para a entrevista para servidores da Superintendência
Regional de Saúde de Montes Claros**

- 1) Dentro do conceito esperado de Rede pela SES/MG, na macrorregião norte, a RAUE/MNMG está atingindo o objetivo?
- 2) O que precisa ser melhorado na RAUE/MNMG?
- 3) Quais são os fatores dificultadores para a efetivação da RAUE/MNMG?
- 4) Quais são os fatores facilitadores para a efetivação da RAUE/MNMG?

APÊNDICE E - Roteiro de observação

- 1) Planejamento e organização da reunião (periodicidade, convocação).
- 2) Dinâmica da reunião (rotina).
- 3) Participação dos membros.
- 4) Assuntos prioritários da reunião
- 5) Processo de tomada de decisão.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0098.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Soraya Almeida Belisário**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 20 de abril de 2011, o projeto de pesquisa intitulado "**A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: Um estudo de caso**" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Cópia da ata do exame de qualificação



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda SORAYA FIGUEIREDO DE SOUSA

Aos três dias do mês de dezembro de dois mil e dez, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas, Economia e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, compareceu a mestranda para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **“A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DA REDE DA MACRORREGIÃO NORTE”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Soraya Almeida Belisário/Orientadora da dissertação – UFMG, Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG, Alzira Oliveira Jorge – UFMG e Elza Machado Melo/Coorientadora - UFMG . A sessão iniciou-se às 10:00 horas, na sala 016, andar térreo da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou o Projeto APROVADO COM RESERVA e a aluna APROVADA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 03 de dezembro de 2010.

Prof. Soraya Almeida Belisário/orientadora Soraya Almeida Belisário

Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Profa Alzira Oliveira Jorge Alzira Oliveira Jorge

Profa. Elza Machado Melo/Coorientadora Elza Machado Melo

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

ANEXO C – Cópia da ata da defesa de dissertação



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (51) 3409-9641 FAX: (51) 3409-9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **SORAYA FIGUEIREDO DE SOUSA** número de registro 2010654999. Às quatorze horas do dia quinze de fevereiro de dois mil e doze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO.", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/Orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto	Instit: UFBA	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Maria Rizeide Negreiros de Araujo	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2012.

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário
Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto Isabela Cardoso de Matos Pinto
Profa. Maria Rizeide Negreiros de Araujo Maria Rizeide Negreiros de Araujo
Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu Daisy Maria Xavier de Abreu
Profa. Ada Ávila Assunção/Coordenadora Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG