

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Roberta Mendes von Randow

**PRÁTICAS GERENCIAIS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO
CONTEXTO DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

Belo Horizonte

2012

Roberta Mendes von Randow

**PRÁTICAS GERENCIAIS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO
CONTEXTO DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte

2012

R195p Randow, Roberta Mendes von.
Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto de estruturação da rede de atenção à saúde de Belo Horizonte [manuscrito]./
Roberta Mendes von Randow . - - Belo Horizonte: 2012.
143f.: il.
Orientadora: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Gestão em Saúde. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WB 105



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 362 (TREZENTOS E SESENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ROBERTA MENDES VON RANDOW PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.


Aos 23 dias do mês de março de dois mil e doze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*PRÁTICAS GERENCIAIS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO CONTEXTO DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE BELO HORIZONTE*", da aluna Roberta Mendes Von Randow, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Kênia Lara Silva e Emerson Elias Merhy, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Roberta Mendes Von Randow, aprovada e apta a receber o título de mestre em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de março de 2012.


Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
Orientadora


Prof.ª Dr.ª Kênia Lara Silva


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02/04/2012

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, força maior que nos rege e nos direciona, fazendo-nos alcançar caminhos desconhecidos e nos movimenta diariamente para a transformação.

A minha família, sempre presente: minha querida mãe, Maria José, por me ensinar valores repletos de tanta sabedoria. Ao meu pai pela presença. A minha irmã, Renata, por estar sempre pronta e ser tão companheira. A meu irmão, Ramon, pelo carinho e por ser tão especial em minha vida.

A

G

Ao meu querido esposo, André, que está comigo em cada momento, sempre incentivando e valorizando meu trabalho, e por demonstrar a cada dia que podemos crescer juntos no amor.

R

A minha nova família: Renato, Elaine, cunhados e sobrinhos por terem estado ao meu lado neste período, pelo apoio e pelo carinho constante.

A

A toda minha família MENDES, FREITAS, RESENDE E VON RANDOW: avós, tios, primos, pelos momentos de descontração e amizade que temos vivido.

D

As pessoas especiais que antecederam esta caminhada, que são tão importantes. Em especial à Professora Cristina Arreguy, por ser modelo de Profissional, por me ensinar a pensar a pesquisa por meio da criatividade e da seriedade.

E

C

A minha querida orientadora, Professora Maria José, por propiciar meu aprimoramento, sempre me incentivando e por ensinar valores que são impossíveis de serem colocados no papel e são muito maiores do que este simples estudo.

I

A minha turma do mestrado, por compartilhar tantos aprendizados e momentos. E principalmente às queridas amigas: Angélica, Delma, Hellen, Andréia, Raissa, Daniela e Luanna.

M

Aos amigos do NUPAE, em especial à Angélica, Bia, Lívia, Gelmar e Letícia pela parceria e pelas discussões que tanto contribuíram para este estudo.

E

N

Aos funcionários e professores da Escola de Enfermagem da UFMG, em especial a querida Sônia, por acreditar em mim muitas vezes mais do que eu mesma e pelo companheirismo de sempre.

T

Aos funcionários da UPA Centro Sul, por terem me recebido no início desta caminhada, proporcionando a oportunidade de aproximação com a realidade deste estudo.

O

Aos profissionais das UPAs de Belo Horizonte, pela acolhida e pelas discussões que transformaram este estudo em realidade. As instituições que contribuíram para o estudo: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais.

S

E a todos que estão presentes nesta caminhada... Sem vocês, nada seria possível de construção, pois o que faço é fruto de todos vocês que estão ao meu lado!

RESUMO

VON RANDOW, R.M. Práticas gerenciais em Unidades de Pronto Atendimento no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

R E S U M O

A inserção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na rede de atenção à saúde tem se configurado um desafio para o SUS, pois muitas vezes este lócus de atenção à saúde não assegura a resolubilidade, devido à ineficiência de orientações e estratégias para garantir ao indivíduo atendido a continuidade da assistência em outro nível de atenção à saúde ou nos demais equipamentos sociais da rede. Assim, a integração deste serviço aos demais serviços da rede é fundamental para a continuidade e integralidade do cuidado. Considerando os gerentes de serviços um dos agentes do processo de mudança nestas organizações, este estudo objetivou analisar as práticas desenvolvidas por gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) no contexto da estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de estudo de caso qualitativo realizado com vinte e quatro gerentes de oito UPAs, no município de Belo Horizonte, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, associada à técnica do gibi. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011. Os resultados indicam a visão dos gerentes das UPAs sobre o contexto de estruturação da rede no município, bem como os aspectos dificultadores para o desenvolvimento desse processo, sendo ressaltados: a grande e diversificada demanda atendida nas UPAs; a busca indiscriminada dos usuários pela UPA; o papel da UPA na atenção primária e terciária à saúde; a descrença frente à inserção deste equipamento e sua real missão na rede, e a relação incipiente entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais. Neste contexto, destacam-se as singularidades da função gerencial em UPAs, sendo identificados avanços nas práticas gerenciais relacionados à gerência integrada em rede, visualizada por meio das relações estabelecidas entre os gerentes de UPAs e os diversos serviços que compõem a rede do município. Para o exercício da gerência, foram identificados como principais desafios: a burocracia do sistema, a dinamicidade e imprevisibilidade do trabalho, as dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a informatização da rede e ainda a incipiência de capacitação e incentivos para a função gerencial, aliados às ações gerenciais ainda focadas na gerência tradicional e distantes da gestão do cuidado. Assim, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de práticas gerenciais com enfoque na equipe de saúde e no processo de cuidar.

Descritores: Gestão em Saúde, Serviços Médicos de Emergência, Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

VON RANDOW, RM. Management practices in Emergency Care Units in the context of structuring of the Network of Health Care in Belo Horizonte. 2012. Dissertation (Master Degree in Health and Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

A B S T R A C T

The insertion of Emergency Care Units in the network of health care has set a challenge for the SUS, because many times this locus of health care does not assure the resolution, because of the inefficiency of strategies to assure the individual the continuity of care at another level of health care or other social equipments in the network. Then, the integration of this service to other network services is the foundation for continuity and comprehensive care. Considering the service managers one of the agents of the change process in these organizations, this study aimed to analyze the practices developed by managers of emergency care unit (UPA) in connection with the structuring of the Network of Health Care. It is the study of qualitative case made with twenty-four managers of eight UPAs, in the city of Belo Horizonte, Brazil. The data collection was accomplished through interviews with a semistructured script associated with the comic technique. The data were collected from February to May 2011. The results indicate the views of UPA's managers on the context of structuring the network in the city, as well as the complicating aspects to the development of this process, and highlighted the large and diverse number of patients treated in the UPAs, the indiscriminate pursuit of UPA by users; the role of UPA at the primary and tertiary health care, the discredit towards the insertion of this equipment and its real mission in the network, and the relationship between health services and other social equipments. In this context, we highlight the singularities of the management function in UPAs, identified improvements in management practices related to integrated network management, viewed through the relationships established between the managers of UPAs and the various services that compose the network of the city. For the exercise of the management were identified as main challenges: the bureaucracy of the system, the dynamics and unpredictability of the work, the difficulties for the development of teamwork and computerization of the network and also the paucity of training and incentives for the management function. As evidenced management actions still focused on traditional management and remote management of care. Then, there is a need of development of management practices focusing on the health team and on the care process.

Keywords: Health Management, Emergency Medical Services, Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	53
FIGURA 2 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	54
FIGURA 3 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	55
FIGURA 4 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	58
FIGURA 5 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	68
FIGURA 6 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	69
FIGURA 7 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	70
FIGURA 8 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	72
FIGURA 09 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	78
FIGURA 10 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	82
FIGURA 11 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	83
FIGURA 12 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	84
FIGURA 13 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	85
FIGURA 14 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	86
FIGURA 15 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	87
FIGURA 16 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	95
FIGURA 17 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	97
FIGURA 18 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	98
FIGURA 19 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	100
FIGURA 20 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	105
FIGURA 21 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	107
FIGURA 22 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	110
FIGURA 23 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	112
FIGURA 24 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	113
FIGURA 25 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	116
FIGURA 26 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011.....	117
QUADRO 1 - Principais normativas da Legislação Brasileira sobre Serviços de Urgência.....	24
QUADRO 2 - Caracterização das UPAs segundo o Porte.....	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Característica sócio demográfica (sexo) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 45

TABELA 2 – Característica relacionada à atuação (cargo ocupado) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 47

TABELA 3 – Formação profissional (categoria profissional) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 47

TABELA 4 – Formação profissional (tempo de formação) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 48

TABELA 5 – Formação profissional (qualificação gerencial) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 49

TABELA 6 – Atuação profissional (jornada de trabalho) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 50

TABELA 7 – Atuação profissional (incentivo) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 50

TABELA 8 – Atuação profissional (número de empregos) dos gerentes das UPA de Belo Horizonte, 2011..... 51

L
I
S
T
A

D
E

S
I
G
L
A
S

E

A
B
R
E
V
I
A
T
A
T
U
R
A
S

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FUNDEP - Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PAD - Programa de Atendimento Domiciliar
- PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
- PNH – Política Nacional de Humanização
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- RBCE – Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
- RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte
- SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
- SE – Sala de Estabilização
- SES - Secretaria de Estado de Saúde
- SMS – Secretária Municipal de Saúde
- SUDS – Sistema Unificado e descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde
- UAPU – Unidades de Atendimento de Pequenas Urgências



**L
I
S
T
A

D
E

S
I
G
L
A
S

E

A
B
R
E
V
I
A
T
A
T
U
R
A
S**

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 A Atenção às urgências no Brasil e no município de Belo Horizonte	21
3.2 A estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS): desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS).....	27
3.3 A função gerencial nos serviços de saúde	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.1 Caracterização do estudo.....	38
4.2 Cenário de estudo.....	39
4.3 Sujeitos do estudo.....	40
4.4 Coleta de dados.....	40
4.5 Análise dos dados.....	42
4.6 Aspectos éticos	43
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1 Perfil dos gerentes de UPAs do município de Belo Horizonte	45
5.2 As UPAs na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS): encontros e desencontros	51
5.2.1 “Tecendo” a Rede de Atenção às Urgências do Município de Belo Horizonte.....	51
5.2.2 Desafios da estruturação da Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte.....	69
5.3 Singularidades da função gerencial nas UPAs	89
5.3.1 Práticas cotidianas dos gerentes nas UPAs	90
5.3.2 Desafios inerentes à prática gerencial nas UPAs	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS.....	123
APÊNDICES.....	138
ANEXOS.....	143

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia-se a busca por um modelo de atenção, fundamentado em paradigmas atuais do conceito de saúde e doença com vistas a atender as reais necessidades de saúde dos indivíduos, considerando a diversidade cultural, econômica, política e social de cada região do Brasil.

O modelo de atenção à saúde adotado no Brasil é pautado nos princípios doutrinários do SUS, e embora ainda não contemple tudo que se propõe, vem-se expandindo e sendo incorporado pelos serviços de saúde e pela população. Por isto, para a organização dos serviços de saúde tem sido proposto o desenvolvimento de redes integralizadas fundamentadas nas diretrizes organizacionais de regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado.

O SUS é um sistema em desenvolvimento, que possui bases legais e normativas já estabelecidas, avanços alcançados e desafios a serem superados. De acordo com Paim e colaboradores (2011), o aumento do acesso aos cuidados em saúde para uma parcela considerável da população é ressaltado como um dos avanços mais proeminentes dos últimos vinte anos. E as dificuldades inerentes à assistência em saúde no Brasil estão relacionados às restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Em face aos desafios atuais do SUS e às transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, faz-se necessária a efetivação de um modelo de atenção capaz de garantir a integralidade e resolutividade das ações em saúde. Assim, o cenário atual “obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde” (PAIM *et al.*, 2011, p. 28).

Nesse contexto, a constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, ou redes de atenção à saúde (RAS), surge em estudos e documentos como condição indispensável para a superação dos desafios atuais do cenário da saúde (MENDES, 2011; SILVA, 2011; BRASIL, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; OPAS, 2010).

Nessa perspectiva, a estruturação e consolidação de redes de atenção à saúde (RAS), podem contribuir para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além de impactar positivamente na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011).

Considerando a amplitude do sistema de saúde brasileiro, no que diz respeito aos diferentes níveis de atenção à saúde e aos diversos serviços que os compõem, direciona-se o olhar para a atenção às urgências, por considerar que, durante a consolidação do SUS, os serviços de urgência e emergência sofreram o maior impacto dos desafios inerentes ao sistema de saúde, sendo estes serviços, segundo O'Dwyer (2010), alvo de críticas que abrangem a quantidade, qualidade e resolutividade da assistência prestada.

A normatização da atenção às urgências, no âmbito do SUS, obteve um avanço em 2002 por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Uma das diretrizes da PNAU é a descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade, reduzindo a sobrecarga dos hospitais de maior porte (BRASIL, 2003). Com este intuito o Ministério da Saúde (MS) implantou as Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), mediante Portaria nº 2048 do MS.

Essas unidades são caracterizadas como estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS)¹ e as portas hospitalares de urgência, consideradas parte integrante do nível de atenção secundário à saúde. As UPAs compõem um cenário de assistência à saúde, que visa à articulação entre os diversos níveis de atenção, vinculação aos princípios do SUS e às políticas públicas contemporâneas.

As UPAs foram implantadas, ou reestruturadas, com o objetivo de ordenar o atendimento às urgências e emergências a fim de garantir: atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência a serviços hospitalares de média e alta complexidade adequados aos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências (BRASIL, 2002). Além disso, são responsáveis pelos atendimentos de urgência e emergência médicas e odontológicas, com demanda espontânea de pacientes, ou referenciados a partir das UAPS.

No contexto atual, as UPAs têm sido utilizadas como porta de entrada para o SUS por inúmeros indivíduos que buscam a assistência à saúde. Mediante a configuração desses novos serviços, cabe considerar que nas UPAs o processo de trabalho não tem sido muito diferente dos demais serviços de urgência. Na realidade, os profissionais trabalham com sobrecarga de atendimentos da demanda espontânea desvinculada das UAPS, equipes desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física, poucos recursos diagnósticos e dificuldades de referência e contrarreferência. Neste contexto, as unidades de emergência,

¹ Também conhecida como Unidade Básica de Saúde, estabelecimento de saúde da atenção primária que presta ações de saúde à população em uma área de abrangência definida.

portas abertas 24 horas, tornam-se espaços privilegiados de manifestação da exclusão social e da violência (ARAÚJO, 2010; SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

Estudos de outros países apontam desafios comuns aos enfrentados nos serviços de urgência e emergência brasileiros. A título de exemplo, pode-se citar o estudo realizado pelo Centro de Atenção Primária à Saúde e Equidade da Escola de Saúde Pública e Medicina Comunitária da Universidade de Nova Gales do Sul, de Sidney na Austrália, o qual demonstra que as pessoas usam os serviços de emergência para uma grande variedade de queixas de saúde, muitas das quais poderiam ser tratadas fora destes serviços e destaca ainda que muitas reinternações sejam devidas a doenças crônicas agudizadas (KIRBY *et al.*, 2010).

No Canadá, um estudo realizado pelo Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da Faculdade de Medicina de Schulich e Odontologia da Universidade de Western Ontario, demonstra que a superlotação dos serviços de urgência e os atrasos para encaminhamentos de pacientes desses serviços aumentam os custos financeiros finais do atendimento a esses indivíduos, o que onera o sistema de saúde do país (HUANG *et al.*, 2010).

Alguns estudiosos e profissionais manifestam-se contra a inserção das UPAs no sistema de saúde por considerá-las “limitadas”, posicionando-se em defesa do pronto-atendimento ligado à APS, sendo este o locus ideal para o atendimento às pequenas e médias urgências (MACHADO, 2009).

Já os profissionais defensores da implantação e reestruturação das UPAs argumentam que o objetivo principal dessas unidades é o atendimento a casos agudos, e salienta a importância destas em regiões metropolitanas, onde as causas externas e a violência são responsáveis por 10% da carga de doenças. Propõem, dessa forma, a implantação e reestruturação das UPAs acompanhadas do fortalecimento dos outros níveis de atenção (MACHADO, 2009).

Ainda sobre a implantação das UPAs, segundo O'Dwyer (2010), cabe o questionamento acerca de sua necessidade técnica ou de seu uso político e se estes componentes conflitam ou se complementam. Este autor ainda pontua que a UPA tem grande impacto político eleitoral e visibilidade em curto prazo.

Verifica-se que a inserção da UPA no sistema de saúde atual tem originado questionamentos quanto à sua missão e sua vinculação aos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Para Carvalho (2008), este locus de atenção à saúde tem se configurado como um desafio para o SUS, pois, muitas vezes, não garante a resolubilidade, devido à ineficiência de orientações e estratégias para garantir ao paciente a continuidade da assistência em outro nível de atenção à saúde ou nos demais equipamentos sociais da rede.

Nesse sentido, acredita-se que a integralidade do cuidado poderá ser assegurada a partir da integração da UPA aos demais serviços da rede, decorrente da construção de uma assistência contínua e qualificada, realizada no dia-a-dia do processo de cuidar em saúde, envolvendo gerentes, profissionais e usuários. Dentre estes sujeitos, direciona-se a atenção para a gestão em saúde, por considerar que, em face das transformações necessárias ao modelo de assistência vigente, são exigidos do sistema de saúde modificações nos modelos de gestão, com destaque para a adesão e o empenho de sujeitos capazes de operacionalizar ações e serviços que visem à integração de diferentes níveis de atenção à saúde a fim de garantir resolutividade de acordo com as necessidades dos indivíduos.

A gestão é, então, considerada como um dos componentes capazes de agregar aos serviços de saúde características necessárias para o fortalecimento do SUS, por meio do desenvolvimento de estratégias consistentes e coerentes com os princípios da universalidade e da equidade (SOUZA, 2009). Portanto, os sujeitos que atuam na gestão dos serviços de saúde são peças-chaves operantes do sistema e encontram-se vinculados à gestão local, à gestão de serviços de saúde, sendo que a condução das práticas por meio deles caracterizará o formato da gestão. (SOUZA; MELO, 2008).

Assim, na constituição das RAS, o gerente dos serviços locais de saúde pode atuar como um mediador capaz de construir um ideário simbólico e ainda de lidar com as contradições inerentes ao sistema de saúde atual, aglutinando esforços dos diversos atores sociais em torno dos objetivos organizacionais e dos usuários dos serviços (DAVEL; MELO, 2005).

Considerando o exposto, torna-se ainda mais instigante discutir a função gerencial em UPAs, serviços que só serão resolutivos e eficazes se estiverem de fato integrados aos demais serviços de saúde. Neste contexto, o município de Belo Horizonte apresenta uma particularidade: a implantação e reestruturação das UPAs neste município ocorreu em paralelo com a reorganização da APS, sendo um diferencial em termos de organização da rede (MACHADO, 2009).

Logo, surge a questão que instigou a realização deste estudo: Quais são as práticas dos gerentes de UPAs no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde do município de Belo Horizonte?

Cabe ainda considerar a escassez de estudos que abordam a atual conjuntura das UPAs e sua integração com os demais níveis de atenção à saúde sob enfoque da gestão. Assim, a relevância deste estudo encontra-se no reconhecimento das práticas gerenciais

desenvolvidas por gerentes neste locus de atenção à saúde e sua relação com os demais serviços que compõem o sistema de atenção à saúde do município de Belo Horizonte.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as práticas gerenciais de gerentes das UPAs no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde do município de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as atividades desenvolvidas pelos gerentes no exercício de sua função nas UPAs;
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores da estruturação da Rede de Atenção à Saúde do município de Belo Horizonte na perspectiva dos gerentes de UPAs;
- Identificar as principais estratégias adotadas pelos gerentes para a articulação da UPAs com os demais equipamentos sociais da rede.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A atenção às urgências no Brasil e no município de Belo Horizonte

Este capítulo objetiva tratar do contexto da atenção às urgências no Brasil, bem como das mudanças ocorridas neste cenário nos últimos anos, assim como os desafios inerentes a esses serviços, em específico do município de Belo Horizonte. Aborda ainda a proposta atual para a atenção às urgências: a organização de redes de atenção.

As propostas para reorientação do modelo assistencial surgiram a partir do movimento de Reforma Sanitária Brasileira que culminou com a institucionalização do SUS por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O processo de consolidação do SUS vem ocorrendo por meio de movimentos sociais, de um aparato legislativo que evidencia a defesa dos princípios do SUS nos diversos âmbitos de atenção à saúde e pelo cotidiano daqueles que “fazem” e que “são” o SUS, profissionais e usuários que compõem a dinâmica dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Mesmo diante da existência de diferentes propostas que visam à reorientação do modelo assistencial advindas do SUS, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda hoje persistem desafios. O modelo atual permanece focado na assistência a condições agudas dos agravos à saúde e segue, orientado por uma lógica “hospitalocêntrico” (PAIM *et al.*, 2011).

Portanto, a essência do processo de construção do SUS encontra-se presente na mudança do modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Nessa perspectiva, a necessidade de superação do modelo médico-centrado para o modelo usuário-centrado, já vem sendo apontada há alguns anos (MERHY, 2003).

Ao considerar o processo de reorientação do modelo assistencial, cabe ressaltar a transição epidemiológica e demográfica no Brasil, marcada pelo predomínio das condições crônicas, pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da morbidade e mortalidade por causas externas. Estas características vêm sendo apresentadas no decorrer dos últimos anos em diversos estudos como justificativa para a necessidade de modelos assistenciais eficazes para tais evidências (BRASIL, 2006c; LEBRÃO, 2007, SCHMIDT *et al.*, 2011).

No modelo de atenção à saúde atual, as condições crônicas são enfrentadas, em sua maioria, com tecnologias destinadas a dar respostas aos momentos agudos dos agravos, resultando na descontinuidade da atenção e na ineficiência do cuidado. Ressalta-se que, neste

contexto, as urgências e emergências constituem um importante componente da assistência à saúde no País (SOUZA, 2009).

Entretanto, este cenário de assistência à saúde é marcado por demandas e necessidades sociais maiores que o conjunto de ações programáticas implantadas até o momento nesta área. Historicamente, o modelo de serviço de pronto-atendimento ou pronto socorro é um dos principais tipos de atendimento utilizados pela população em busca da solução rápida para seus problemas, nem sempre de saúde, mas com garantia de medicação, e utilização de tecnologias duras. Neste sentido, são características desses serviços: a superlotação e a demanda crescente e interminável as quais, em conjunto, originam atritos frequentes entre usuários e profissionais nestes serviços (ROCHA, 2005; GARLET et al., 2009).

Na década de 80, com a implantação das Ações Integradas da Saúde (AIS) e, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), predominava, no contexto nacional, uma situação caracterizada pela existência de poucas unidades de urgência em hospitais privados, conveniados e contratados. Ademais, os serviços públicos de urgência, nessa época, eram constituídos por grandes hospitais públicos estaduais e federais e algumas unidades descentralizadas sem nenhuma articulação entre si (FRANÇA, 1998; ROCHA, 2005).

Após a implantação do SUS, não houve mudança significativa nesse cenário e, somente a partir de 1998, a atenção às urgências passou a ser regulamentada pelo MS, por meio da Portaria do MS n.º 2.923, publicada em junho de 1998, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2006c).

A realização do IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) no ano de 2000, em Goiânia, com tema: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, foi marcado por grande mobilização de técnicos da área de urgências e participação formal do MS. Esse evento resultou no início de um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais de vários estados da federação (BRASIL, 2006c).

Mesmo diante de alguns avanços apresentados nas discussões a respeito da atenção às urgências, os desafios encontrados nesses serviços roubam a cena, sendo eles: modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade, má utilização

das portas de entrada da alta complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados especialmente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para retaguarda das urgências e deficiências estruturais da rede assistencial.

Além disso, existem desafios que perpassam o âmbito dos serviços, como: a inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; o baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; as dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações; a incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência; as escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas e a falta de regulação (BRASIL, 2006c).

Neste sentido, o atendimento às urgências no Brasil vem-se caracterizando por forte racionalidade “hospitalocêntrica” dissociado de outras estratégias e níveis de atenção à saúde e distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência (MARQUES; LIMA, 2008; AZEVEDO et al., 2010; GARLET et al., 2009).

Os desafios mencionados estão associados a dificuldades encontradas na implantação do SUS e na efetivação de suas diretrizes. A atenção às urgências no decorrer da consolidação do SUS é o ponto do sistema que apresenta maiores insuficiências na descentralização, hierarquização e financiamento (BRASIL, 2006c).

Neste contexto, o MS, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios tem envidado esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento da assistência às urgências no País. Entre as estratégias encontram-se: a implantação de sistemas estaduais de referência hospitalar para urgências e emergências; a realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes à rede de atenção às urgências. E principalmente os investimentos realizados na área de assistência pré-hospitalar, nas centrais de regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área, e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais de urgência (BRASIL, 2002).

Um marco para a normatização da atenção às urgências foi à instituição da PNAU em setembro de 2003 pela Portaria do MS n.º 1.863. Por meio da PNAU, foram estabelecidos os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e os critérios de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação dos serviços que devem participar dos planos estaduais de atenção às urgências e emergências, sendo eles: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e,

ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências, com a proposição de matrizes curriculares para capacitação de recursos humanos nas áreas (BRASIL, 2002).

No quadro 1, são apresentadas as principais portarias e resoluções que compõem a legislação brasileira sobre a atenção às urgências.

Quadro 1 – Principais normativas da Legislação Brasileira sobre Serviços de Urgência

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SERVIÇOS DE URGÊNCIA		
Resolução n.º 1.451 MS	10 de março de 1995	Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros
Portaria GM/MS n.º 2.923	9 de junho de 1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria GM/MS n.º 2.925	9 de junho de 1998	Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências
Resolução n.º 1.529 MS	28 de agosto de 1998	Normatiza a atenção médica na área da urgência e emergência na fase de atendimento pré-hospitalar– Revogada.
Resolução n.º 13, De Ministério da Saúde, Conselho de Saúde Suplementar	03 de novembro de 1998	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.
Portaria GM/MS n.º 479	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.
Portaria GM/MS n.º 824	24 de junho de 1999	Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar.
Portaria GM/MS n.º 814	4 de junho de junho de 2001	Diretrizes da regulação médica das urgências.
Portaria GM/MS n.º 2.048	Novembro de 2002	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
Resolução n.º 1.671 MS	9 de julho de 2003	Dispõe sobre a regulação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências
Resolução n.º 1.672 MS	29 de julho de 2003	Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.
Portaria GM/MS n.º 1.863	29 de setembro de 2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria GM/MS n.º 1.864	29 de setembro de 2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.
Portaria GM/MS n.º 2.072	30 de outubro de 2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Decreto n.º 5.055 da Presidência da República.	27 de abril de 2004	Institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional e dá outras providências.
Portaria GM/MS n.º 2.420	9 de novembro de 2004	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM/MS n.º	16 de	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de

2.657	dezembro de 2004	urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.
-------	------------------	--

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Em estudo realizado por O'Dwyer (2010), com o objetivo de analisar a política de urgência a partir dos documentos e portarias, foi possível perceber que a PNAU teve como marcos o financiamento federal, a regionalização, a capacitação dos profissionais, a gestão por comitês de urgência e a expansão da rede. Para este autor, os documentos que compõem a PNAU são coerentes, consistentes, dialogam entre si e projetam uma evolução da política, porém evidencia-se a necessidade da avaliação da implementação da política nos diversos estados e regiões.

A PNAU e a Política Nacional de Humanização (PNH) preconizam a organização de uma rede de assistência às urgências vinculada à APS. As UAPS devem estar preparadas para solucionar as pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos de sua clientela. Para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas as UPAs, com portes distintos, em função da população de abrangência (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b).

As UPAs devem funcionar nas 24 horas, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória do risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre as UAPS e as unidades hospitalares. Dentre as atribuições dos pronto-atendimentos, estão a garantia de retaguarda às UAPS, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2006b).

Com intuito de organizar as redes locorregionais de atenção integral às urgências, o MS publicou e aprovou a Portaria nº 1020 em 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo, as UPAs e sala de estabilização (SE). De acordo com o quadro 2, as UPAs passam a ser classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta e a capacidade instalada.

Quadro 2 - Caracterização das UPAs segundo o Porte

UPA	População da região de cobertura	Área Física	Nº de atendimentos médicos em 24 horas	Nº mínimo de médicos por plantão	Nº mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 - 8 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos	9 - 12 leitos

				gerais	
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20 leitos

Fonte: Brasil (2009)

No caso do município de Belo Horizonte, cabe destacar algumas particularidades da organização dos serviços de urgência na década de 80 e 90: a concentração dos serviços com funcionamento 24 horas e de maior complexidade quase que exclusivamente na região central da cidade; a pequena contribuição do setor privado contratado no atendimento inicial de urgência; nenhuma participação na área da urgência da Secretaria Municipal de Saúde até 1991, quando ocorreu a abertura do Pronto Atendimento do Hospital Odilon Behrens, e a responsabilização pela cobertura assistencial de maior complexidade dos demais municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) (MAGALHÃES JÚNIOR, 1998).

Ainda na década de 80, a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), com a iniciativa de descentralizar o atendimento às urgências, idealizou as Unidades de Atendimento de Pequenas Urgências (UAPU). Foram implantadas, dessa forma, quatro unidades em Belo Horizonte nas regiões de Venda Nova, Barreiro, Leste e Noroeste. Porém, os resultados esperados não foram alcançados e a oferta de atendimentos de urgência em Belo Horizonte ficou estagnada (MAGALHÃES JÚNIOR, 1998). De acordo com Rocha (2005), estas unidades iniciaram seu funcionamento atendendo a uma demanda preferencial de pequenas e médias urgências, sendo assim precursoras do modelo das UPAs hoje em funcionamento.

A reorganização dos serviços de urgência foi eleita uma das prioridades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município na IV Conferência Municipal de Saúde realizada em 1994. Assim, as UAPU já existentes passaram por reestruturação e municipalização, sendo que em 2001 e 2002 foram implantadas mais três: as Unidades de Urgência Nordeste, Pampulha e Leste (MAGALHÃES JÚNIOR, 1998).

O atendimento de urgência no município, no contexto atual, é realizado pela Rede Pré-Hospitalar fixa: UPAs e UAPS, Rede Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Rede hospitalar. As UPAs em 2003 passaram por ampla reestruturação, com aumento das equipes de saúde, aquisição de equipamentos e ampliação e adequação da estrutura física, e, em 2004, foi iniciado o processo de acolhimento com classificação de risco (CARVALHO, 2008). Cabe ressaltar que:

A rede própria de atenção às urgências e emergências da rede SUS-BH conta com os seguintes serviços: UPA, SAMU e Hospital Municipal Odilon Behrens. Além disso, conta também com os demais hospitais da rede contratada, o Hospital de Pronto Socorro João XXIII pertencente à rede estadual, o Hospital de Pronto Socorro

Risoleta Tolentino Neves sob administração da Universidade Federal de Minas Gerais, e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (SOUZA, 2009, p.32).

Mediante a política municipal aliada a PNAU, as UPAs em Belo Horizonte têm como missão oferecer atendimento resolutivo a casos agudos e crônicos agudizados, dar retaguarda às UAPS, descentralizar pacientes com quadros agudos de pequena e média complexidade, absorver demandas extras ou imprevistas, constituir-se como unidades para estabilização de pacientes críticos para o SAMU, referenciar e contrarreferenciar pacientes das UAPS (CARVALHO, 2008).

Historicamente, as UPAs têm-se constituído em serviços que reproduzem de maneira significativa a fragmentação do cuidado de tal modo que, na contemporaneidade, estas se destacam, por fazerem parte do cenário de assistência à saúde que almeja a articulação dos diversos níveis de atenção à saúde a fim de garantir resolutividade e integralidade do cuidado. A expansão de investimentos públicos nesta área e a persistente procura dos mesmos pela população sinalizam a necessidade de desenvolver estratégias de gestão capazes de direcionar a inserção destes na estruturação da RAS, almejando proporcionar uma atenção qualificada e eficiente.

3.2 Estruturação das redes de atenção à saúde (RAS): desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Este capítulo visa apresentar a discussão sobre estruturação das RAS no contexto do sistema público, aborda o conceito e os princípios que fundamentam este modelo de organização de sistemas de saúde, assim como a aproximação desta temática com os princípios do SUS. Na sequência, apresenta a discussão sobre a estruturação de RAS no Brasil, no Estado de Minas Gerais e no município de Belo Horizonte.

O conceito de redes vem sendo discutido em vários campos, como: a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação (MENDES, 2011). Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define redes integradas de serviços de saúde como “rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por

seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2009, p.11).

A relevância da temática e a importância da estruturação das RAS no contexto atual do sistema de saúde brasileiro é consenso entre diversos autores (MATTOS, 2006; MENDES, 2011; OPAS, 2010; SILVA, 2011; FLEURY; OUVERNEY, 2007; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

No sistema brasileiro de saúde, a concepção de RAS surge com intuito de substituir a concepção hierárquica e piramidal. Para Fleury e Ouverney (2007), as redes surgem como propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos, que perfazem interação de agentes públicos e privados e existe a manifestação de uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Cabe considerar que a crise dos sistemas de saúde é uma realidade mundial, e reflete:

(...) o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada (MENDES, 2011, p. 45).

Nesse contexto, a fragmentação dos sistemas de saúde aparece como entrave para a oferta de um cuidado contínuo e integral à população. De acordo com Mendes (2011), esses sistemas ainda hegemônicos se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns com os outros. Além disso, em geral não há uma população adscrita, e não existe articulação entre os diferentes níveis de assistência, nem com sistemas de apoio e sistemas logísticos.

Diante do problema da fragmentação dos sistemas de saúde, a integração dos serviços aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas. Porém, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática dos efeitos da integralidade nos sistemas de saúde, dada a complexidade deste “sistema sem muros” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A fragmentação dos serviços constitui-se como uma característica do sistema público de saúde brasileiro, marcado pela visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidade crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Esta visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais que impedem a articulação e integração entre os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Como proposta de superação dos sistemas de saúde fragmentados, é dada ênfase a discussão sobre a organização das RAS, as quais se fundamentam na integração entre os serviços de saúde, e são constituídas pelos seguintes elementos: conjunto de intervenções de saúde preventivas e curativas para uma população específica, diversidade de serviços de saúde integrados e organizados para uma população e local específico, continuidade da assistência à saúde, integração vertical de diferentes níveis de atenção, formulação de políticas de saúde vinculada à gestão e trabalho intersetorial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A organização das RAS tem como objetivo atender às demandas da condição de saúde da população, visando a continuidade da atenção à saúde, a integralidade com vistas a ações de promoção, prevenção e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e ações paliativas (MENDES, 2011).

No sistema de saúde brasileiro, a figura clássica de uma pirâmide foi utilizada durante muitos anos para representar o modelo assistencial almejado com a implantação do SUS. Esse modelo representa a tentativa de racionalização da assistência à saúde, com vistas a uma ordenação do fluxo de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, direcionada pelos mecanismos de referência e contrarreferência (CECÍLIO, 1997).

A concepção de um sistema de saúde piramidal é dita equivocada pela necessidade de o sistema de saúde ser organizado a partir do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. Para tanto, o sistema de saúde deveria ser pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não em uma suposta “base” (CECÍLIO, 1997).

Assim, o desenho de organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides e por um modelo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo, deve ser substituído por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (INOJOSA, 2008).

Nesse sentido, a formatação de uma RAS está assentada no princípio da integralidade, pois seu objetivo visa à integração dos serviços de saúde e à interdependência dos atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

No SUS, “integralidade” é um conceito chave (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Este conceito pode ser interpretado de muitas maneiras, Neste estudo, a integralidade pode ser entendida como modo de organizar os serviços de saúde (MATTOS, 2001).

A organização dos serviços de saúde entendida a partir de seu direcionamento pelo princípio da integralidade e pela disponibilização de serviços segundo a necessidade da população vem sendo abordada no contexto mundial desde a publicação do Relatório Dawson na Inglaterra em 1920 (OPAS, 1964).

As propostas mais recentes de organização e integração dos serviços de saúde em redes têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos, que influenciaram as propostas desenvolvidas posteriormente na Europa Ocidental e no Canadá (MENDES, 2011). Para Silva (2011), é importante distinguir as racionalidades predominantes nas propostas de integração do sistema de saúde dos Estados Unidos, que é bastante fragmentado e com forte hegemonia do setor privado daquelas provenientes dos países europeus e do Canadá, que enfatizam a universalização do acesso, equidade, regionalização e hierarquização como princípios e estratégias do sistema de saúde.

Nesse sentido, a OPAS propõe que a estruturação das redes deva considerar a diversidade de contexto dos sistemas de saúde de cada país. Assim, as condições e estratégias necessárias para avançar na integração dependem do momento histórico, político, econômico e técnico que delimitam a organização dos mesmos (OPAS, 2010; SILVA, 2011).

Em relação ao sistema de saúde brasileiro, a busca pela integralidade foi proposta a partir da Constituição Federal de 1988 e posteriormente consolidada pelas leis orgânicas do SUS, assim como os princípios da universalização do acesso, equidade e a regionalização dos serviços de saúde.

De acordo com Silva (2011), desde o início da Reforma Sanitária, a proposta de organização do SUS em redes estava presente de maneira explícita ou implícita.

A consolidação do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços da União, estados e municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém, contribuiu pouco para integração da saúde nas regiões. Assim, em 2001 a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) teve como um dos principais objetivos a ênfase à regionalização, com prioridade na necessidade de formação de redes integradas (SILVA, 2011).

No que diz respeito à formação das redes, um dos marcos mais importantes no sistema de saúde brasileiro pode ser considerado a mudança ocorrida ao longo dos últimos 15 anos na abordagem dos cuidados de saúde por meio do fortalecimento da APS. Nesta vertente, o país criou mais de 31.000 equipes de ESF, colocando a APS no centro da universalização e

descentralização do sistema de saúde nacional, dando subsídios para coordenação do cuidado a partir deste ponto de atenção (MENDONÇA *et al.*, 2011).

No país, evidenciam-se algumas experiências exitosas de estruturação de RAS. A esse respeito, a implantação de redes de atenção em saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva, tem trazido experiências de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços, revelando a ousadia e a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Além disso, alguns serviços específicos do SUS têm sido organizados na forma de redes, como exemplo, os serviços relacionados aos procedimentos de alto custo, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos (PAIM, 2011).

Entretanto, mesmo diante de avanços no sistema de saúde, a organização do SUS por meio de redes regionalizadas e integralizadas de serviços ainda é incipiente, assim como os mecanismos de regulação e de referência e contrarreferência.

Mediante esse contexto, considerando a necessidade de definir fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização de RAS, bem como diretrizes e estratégias para implementação destas, o MS instituiu, em 30 de dezembro de 2010, a Portaria Nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização de RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

A proposta ministerial é recente, porém a estruturação de redes no SUS tem sido pauta de discussões em estados e municípios nos últimos anos. No estado de Minas Gerais, a rede de atenção às urgências e às emergências vem sendo implantada sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde. Esta foi construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011; MARQUES, 2011).

Publicação recente da OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais apresenta um relato do estudo de caso da Rede de Urgência e Emergência implantada na Região Norte do Estado de Minas Gerais. Este estudo aponta que a estruturação da Rede de Atenção às Urgências na região vem trazendo resultados importantes para a saúde da população, reduzindo em cerca de mil mortes por ano em eventos de urgência na região, além de minimizar os custos financeiros (MARQUES, 2011).

No município de Belo Horizonte, o sistema de saúde foi estruturado em níveis crescentes de complexidade, estabelecendo, como porta de entrada prioritária do sistema, o atendimento nas UAPS; os níveis secundários, constituídos pelos ambulatórios e as UPAs; e o

nível terciário, pelos hospitais de maior complexidade próprios ou contratados (ALVARES, 2010).

Para Magalhães Júnior (2006), apesar de avanços, o sistema de saúde do município de Belo Horizonte ainda apresenta sinais importantes de fragmentação da atenção, atentando contra os atributos da integralidade. Uma evidência desta situação é que:

(...) não há necessariamente, como regra geral, o estabelecimento de uma articulação em mão dupla, entre os encaminhamentos para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar e as unidades básicas de referência. Há uma possibilidade enorme de perda do contato da equipe com o usuário sob sua responsabilidade e, portanto, da falta de informação sobre a sua trajetória no complexo sistema de saúde. (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006, p.128).

Mediante o apresentado, a integração e a interdependência dos serviços que compõem o sistema de saúde do município parecem ser um desafio que vem sendo trabalhado em diferentes âmbitos do sistema. Assim, designa-se, neste estudo, o sistema de saúde do município de Belo Horizonte como uma RAS em fase de estruturação.

3.3 A função gerencial nos serviços de saúde

Este capítulo trata da função gerencial no contexto dos serviços de saúde. Primeiramente, apresenta-se a evolução do trabalho gerencial determinada pelas transformações sociais, políticas, econômicas; em seguida, faz-se uma reflexão a respeito das singularidades desta função imersa no cotidiano dos serviços de saúde.

Considera-se a categoria gerencial heterogênea, porém compartilhada de certa coesão e identidade enquanto grupo profissional. Assim, uma das maneiras de caracterizar o trabalho gerencial é reconhecê-lo a partir das atividades cotidianas e comportamentos dos gerentes. Neste sentido, estudos que buscam entender as funções, papéis, habilidades e competências dos gerentes não são recentes e encontram-se vinculados ao desenvolvimento das teorias administrativas (MELO; DAVEL, 2005).

O responsável pelo impulso aos estudos sobre a função gerencial foi Frederick W. Taylor (1856 – 1915) ao considerar a concepção e a execução como esferas separadas do trabalho. Para o autor, os gerentes devem ser responsáveis por todo o planejamento e organização, cabendo aos trabalhadores a realização do trabalho (MATOS; PIRES, 2006).

A concepção teórica do trabalho gerencial foi proposta por Henry Fayol, a clássica visão da função gerencial: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar. Para este autor, as qualidades necessárias para um gerente seriam: iniciativa, energia e coragem de

assumir responsabilidades, sendo estas mais necessárias que o conhecimento técnico (BRAGA, 2008).

Diante dessas caracterizações do trabalho gerencial consideradas bastante abstratas, a partir da década de 1950 vários estudiosos passaram a investigar o que os gerentes realmente faziam em seu cotidiano de trabalho, sendo Mintzberg (1973) e Stewart (1967), os precursores de uma série de observações mais aprofundadas sobre as atividades diárias dos gerentes (DAVEL; MELO, 2005; RAUFFLET, 2005).

A contribuição de Rosemary Stewart (1967) para os estudos a respeito da função gerencial veio com a constatação de que existem variações no trabalho dos gerentes em função das relações interpessoais. A autora concluiu ainda que os gerentes passam aproximadamente a metade do tempo debatendo ideias em discussões informais, em reuniões, ao telefone ou em atividades sociais (BRAGA, 2008; RAUFFLET, 2005).

Mintzberg realizou várias pesquisas sobre o trabalho dos gerentes entre 1960 e 1970, e a partir de seus estudos afirmou que as atividades dos gerentes são caracterizadas pela fragmentação, pelo ritmo de trabalho intenso e pela preferência por contatos verbais. Por meio de suas observações, propôs a descrição de um conjunto dos principais papéis desenvolvidos pelos gerentes, sendo eles: interpessoais, informacionais e decisórios. Estes são subdivididos em dez papéis secundários (MINTZBERG, 1973).

Os papéis interpessoais são subdivididos em: símbolo, líder e agente de ligação. São conceituados como aqueles que existem como decorrência direta da autoridade e *status* concedidos ao gerente em função de sua posição hierárquica formal e envolve, basicamente, as relações pessoais dentro e fora da organização (MINTZBERG, 1973).

Por sua vez, os papéis informacionais subdividem-se em: observador, difusor e porta-voz, sendo que neste caso o gerente é colocado como centro da rede de informações, o que justifica o importante papel por ele exercido nas relações interpessoais. A autoridade formal do gerente, responsável pela tomada de decisão e definição de objetivos, constitui-se como característica dos papéis decisórios que se subdividem em: empreendedor, regulador, distribuidor de recursos e negociador (MINTZBERG, 1973).

Para Davel e Melo (2005), na prática, são variadas as manifestações funcionais dos gerentes, podendo ser caracterizadas como: gerentes de linha, gerentes intermediários e gerentes de alto escalão; gerentes mulheres, gerentes homens; gerentes brasileiros entre outras variações.

Recentemente, o papel tradicional do gerente parece ter sido abalado pelas mudanças encontradas na sociedade contemporânea, porém esse ator social ainda desempenha um papel

fundamental no processo de renovação organizacional e principalmente durante a reestruturação das organizações (DAVEL; MELO, 2005).

Nesse contexto, analisando as práticas gerenciais no cotidiano dos serviços públicos de saúde no Brasil, é importante destacar que, historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito Federal. Os gerentes não tinham experiência em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. Assim, a gerência em saúde se configurou com um referencial normativo e tradicional, caracterizada como uma atividade extremamente burocrática e pré-estabelecida, com poucas chances de criação (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Com o processo de descentralização do SUS, a gestão do sistema de saúde foi considerada como um fator preocupante. Desta forma, a gestão de forma geral, com enfoque para a gerência em nível municipal e em serviços locais de saúde é marcada pelo desafio da implementação de novas estratégias em busca de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Neste cenário, a ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos é característica predominante do SUS e, segundo Paim e Teixeira (2007) tal ineficiência pode ser evidenciada:

Pela insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas, seja na área de planejamento, orçamentação, avaliação, regulação, sistemas de informação, seja na área de gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde que demandam a utilização de tecnologias e instrumentos de gestão modernos e adequados às especificidades das organizações de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1823).

Os gerentes intermediários das UPAs, atores deste estudo, encontram-se inseridos nesse contexto e são peças chave para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde por meio da viabilização de condições para o direcionamento do processo de trabalho, aplicação de recursos necessários, melhoria das relações interpessoais, desenvolvimento dos serviços e satisfação dos indivíduos atendidos (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

As práticas de gestão desenvolvidas pelos gerentes intermediários, ou seja, gerentes de serviços locais de saúde, têm sido temática de diversos estudos nacionais (BRITO *et al.*, 2008; VANDERLEI; ALMEIDA, 2009; BARBIERI; HORTALE, 2005; WEIRICH *et al.*, 2009; FRACOLLI; EGRY, 2001; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Os estudos apontam os diversos desafios encontrados por estes gerentes no cenário atual do sistema de

saúde brasileiro e parecem destacar a necessidade de um desenvolvimento gerencial direcionado para o modelo assistencial centrado no cuidado.

O cenário de transformações que o sistema de saúde brasileiro tem sido palco a partir da implantação do SUS, culminou com a discussão, fortalecida pelas diversas políticas implantadas neste período, da necessidade de organização dos serviços de saúde por meio de redes regionalizadas. Estas, por sua vez, compostas por mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência, condizentes com um ambiente de mudanças organizacionais que se refletem em mudanças nos diversos níveis das organizações de saúde, em especial nos níveis gerenciais (PAIM *et al.*, 2011; BRAGA, 2008).

No contexto de transformações da contemporaneidade, são necessárias novas competências gerenciais como: o pensamento estratégico, o entendimento da realidade e do contexto de atuação profissional, o pensamento centrado no indivíduo atendido, a melhor seleção e gestão dos resultados da equipe (DAVEL; MELO, 2005).

No cenário dos serviços de saúde, faz-se necessária a formação e constituição de sujeitos, lideranças, gerentes qualificados para atuarem em diversos serviços e níveis de gestão do sistema de saúde, com capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e a defesa dos princípios do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

A gerência em saúde tem utilizado de tecnologias leve-duras das normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, porém poderia usufruir de maneira mais abrangente das tecnologias leves², das relações, o que poderia possibilitar a emergência dos instituintes necessários no sistema de saúde atual (MERHY, 1997; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

O gerente que considera os profissionais de saúde e os indivíduos atendidos como atores em potencial das ações de saúde, compreendendo-os como corresponsáveis do trabalho, opõe-se à racionalidade normativa e burocrática da gestão tradicional. Neste contexto, surge a Gestão Colegiada, que propõe uma gestão democrática e participativa como meio de construção coletiva, sendo um processo que caminha no sistema de saúde brasileiro à medida que se avança a conquista dos direitos e da cidadania (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

² Merhy (1997) define tecnologia dura como os equipamentos e máquinas, leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e leve os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde. Para este autor, um modelo cujo sentido é dado pelo mundo das necessidades dos usuários é centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do predominante hoje, cujo sentido é dado pelos interesses corporativos e financeiros, centrado nas tecnologias duras e leveduras.

Mediante o apresentado, destaca-se que, mesmo que para este estudo tenha sido considerada apenas a gerência de serviços locais de saúde, esta possui variações de função, dependendo do tipo de serviço, do ambiente, do nível assistencial que caracteriza este serviço. Para Davel e Melo (2005), existe um consenso geral entre os pesquisadores em afirmar que o trabalho gerencial é contingente à função, ao nível, à organização, ao ambiente e à cultura organizacional. Neste sentido, a abordagem da função gerencial em serviços de urgência possui singularidades talvez não existentes no trabalho gerencial em outros serviços locais de saúde.

Nessa perspectiva, considera-se que o caminho para superar os desafios atuais da atenção à saúde nos serviços de urgência deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

É esse contexto repleto de complexidade e permeado por transformações que suscita a questão norteadora deste estudo: quais são as práticas gerenciais desenvolvidas pelos gerentes de UPAs, tendo em vista o contexto de estruturação da rede de atenção à saúde do município de Belo Horizonte?

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, será descrita a metodologia utilizada para a realização deste trabalho, que contemplará a: caracterização do estudo e do cenário da pesquisa, os sujeitos da pesquisa, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. A escolha desta abordagem se deve ao fato de a pesquisa qualitativa ser orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK, 2007).

De acordo com Chizzotti (2003), o termo qualitativo significa uma partilha densa com as pessoas, fatos e locais que constituem o objeto de pesquisa. Neste sentido, a pesquisa qualitativa permite uma aproximação com a realidade, por trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2004).

Assim, a abordagem qualitativa permite a abrangência da realidade social para além do aparente e quantificável, e o método baseia-se na compreensão específica do objeto a ser investigado (FLICK, 2007). Tal metodologia torna-se relevante para a realização deste estudo, ao considerar a proposta de análise da compreensão de gerentes sobre a inserção das UPAs no contexto da Rede de Atenção às Urgências de Belo Horizonte, bem como as práticas de gerentes neste cenário de atenção à saúde. Portanto, deve-se considerar a amplitude desse fenômeno para compreender os desafios inerentes ao objeto de estudo.

Considerando o objeto do estudo, foi utilizado o método de estudo de caso que visa à apreensão da realidade de uma instância singular, em que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso tem sido utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo (YIN, 2005).

Nas investigações que utilizam o estudo de caso, o pesquisador é levado a considerar as múltiplas interrelações dos fenômenos específicos por ele observados. Assim, os estudos de caso enfatizam a “interpretação em contexto”, para a compreensão da manifestação geral de um problema, no qual devem ser considerados alguns elementos, como: as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas. Para tanto, o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social, como também sua opinião a respeito do tema em estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

4.2 Cenário do estudo

O município de Belo Horizonte conta com 144 UAPS, 500 equipes de ESF, ambulatórios especializados, serviços diagnósticos e terapia, oito UPAs, 37 hospitais e oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Portanto, um sistema complexo e amplo (CARVALHO, 2008).

Em específico, o atendimento às urgências é realizado pela rede pré-hospitalar fixa: UAPS e UPAs; rede pré-hospitalar móvel: SAMU e a Rede Hospitalar. Sete hospitais e oito UPAs compõem as 15 portas de entrada para a urgência no município, sendo instituições públicas que prestam atendimento 24 horas (CARVALHO, 2008).

Estes serviços compõem a Rede de Atenção às Urgências do Município, sendo interligados de acordo com a grade de urgência estruturada a partir de 1999 por meio de um processo informal de acordos interinstitucionais. A partir de 2003 ocorreu a construção formal da grade de urgência, por meio de mapeamento dos serviços e objetivos dos mesmos com posterior pactuações provenientes de inúmeras discussões entre as portas de entrada da urgência, SAMU, APS e atenção especializada.

As UPAs compõem a grade de urgência de Belo Horizonte e têm como missão: oferecer atendimento resolutivo a casos agudos e crônicos agudizados; dar retaguarda às UAPS; descentralizar o atendimento a pacientes com quadros agudos de pequena e média complexidade; absorver demandas extras ou imprevistas; constituir-se como unidades para a estabilização de pacientes críticos para o SAMU; referenciar e contra-referenciar pacientes das UAPS (CARVALHO, 2008).

A respeito da administração destas unidades, seis dessas unidades são administradas diretamente pela SMS de Belo Horizonte, uma das UPAs é vinculada à rede FHEMIG e uma é administrada pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP/UFMG).

Nesse contexto, foram escolhidas como cenário deste estudo as oito UPAs do município de Belo Horizonte, sendo elas: UPA Oeste, UPA Barreiro, UPA Venda Nova, UPA Pampulha, UPA Norte, UPA Nordeste, UPA Centro-Sul e UPA Leste. Estes serviços estão localizados em diferentes regiões da cidade e prestam atendimento em clínica médica, cirurgia, pediatria, e três dessas UPAs também prestam atendimento em ortopedia (CARVALHO, 2008).

A escolha das UPAs, como cenário deste estudo, decorre da importância da inserção deste ponto de atenção à saúde na estruturação da RAS, uma vez que esta unidade configura-se como uma estrutura de complexidade intermediária entre as UAPS e as unidades hospitalares, compondo o sistema de saúde do município.

4.3 Sujeitos do estudo

Foram sujeitos desta pesquisa 24 profissionais de diferentes categorias que ocupam cargos ligados à gerência das UPAs, identificados no texto por um código composto pela letra G e um número de 1 a 24 atribuído aleatoriamente de acordo com a ordem das entrevistas.

Os critérios de inclusão adotados foram: a ocupação de cargos de gerência administrativa ou gerência técnica (coordenador médico e de enfermagem) e vínculo empregatício com a unidade superior a seis meses. Tal critério foi utilizado por acreditar que este período é necessário para que os profissionais conheçam a estrutura organizacional e estejam envolvidos com as questões administrativas da UPA. Como critérios de exclusão, optou-se por não inserir na pesquisa aqueles sujeitos que ocupando cargos gerenciais, se encontrassem de férias no momento da coleta de dados.

Cabe considerar que todas as UPAs possuem gerente administrativo, coordenação de enfermagem e coordenação médica e apenas duas UPAs possuem gerente adjunto. Assim, houve a perda de 02 sujeitos, uma vez que uma das UPAs estava temporariamente sem o coordenador médico, e a coordenadora de Enfermagem de outra UPA estava de férias no período de coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados primários foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado no período de fevereiro a maio de 2011. Esta ocorreu por meio de duas etapas. Etapa 1) Entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) visando o

estabelecimento do diálogo dirigido entre o pesquisador e os sujeitos entrevistados. A entrevista foi escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto desse estudo (MINAYO, 2004). Etapa 2) Foi utilizada a estratégia de representação por meio de recortes e colagens de gibis (APÊNDICE B). Sendo que, a etapa 2 foi realizada logo após o término da etapa 1, ou seja, da entrevista.

Para a realização da Etapa 2, primeiramente foi solicitado ao entrevistado que representasse, por meio de uma figura de gibi, a seguinte afirmação: “Inserção da UPA na Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte”. Em seguida, foi solicitado ao entrevistado que comentasse e explicasse o motivo da escolha da figura de gibi como representação para a questão norteadora. Posteriormente, o sujeito de pesquisa foi convidado a representar por meio de outra figura de gibi a questão proposta: “Quais as práticas gerenciais adotadas pelos gerentes que favorecem a integração da UPA à rede de atenção à saúde?”. Em seguida, o mesmo procedimento foi solicitado para a representação da questão: “Quais as práticas gerenciais adotadas pelos gerentes que dificultam a integração da UPA à rede de atenção à saúde?”. Da mesma forma que as anteriores, após a escolha dessas figuras, foi solicitado que o sujeito comentasse e explicasse o motivo da escolha das mesmas como representação para as questões norteadoras. Os comentários foram gravados, com a finalidade de apresentar a explicação das figuras por meio do sujeito entrevistado, e, posteriormente, transcritos juntamente com as falas provenientes da entrevista.

Para a realização da Etapa 2, foi padronizada aleatoriamente uma edição de revista tipo gibi em número, edição e ano, a qual foi fornecida para os entrevistados juntamente com materiais para recorte e colagem (tesoura, folha de papel A4 em branco, cola, corretivo e prancheta). Foram aceitas para este estudo figuras presentes em toda a revista tipo gibi fornecida para realização da técnica, inclusive da contra-capá, sendo respeitado o direito de escolha do sujeito de pesquisa.

Tal técnica foi utilizada como estratégia lúdica capaz de orientar o sujeito do estudo na apresentação de práticas gerenciais que favoreçam ou dificultam a inserção da UPA na rede de atenção à saúde. Além de proporcionar ao sujeito entrevistado um momento de descontração, seguido de uma proposta de reflexão sobre sua prática profissional, esta técnica foi utilizada anteriormente em estudo na área da saúde com a abordagem qualitativa (ARREGUY-SENA *et al.*, 2000).

A utilização da estratégia de representação por meio de recortes e colagens de gibis é justificada também por considerar que os gibis no Brasil são representações de histórias em

quadrinhos. De acordo com Pessoa (2010), as histórias em quadrinhos são uma multiarte que se utiliza de monoartes como o desenho, a escrita e a narrativa para gerar um meio de comunicação que ao mesmo tempo é de massa e subjetivo, já que sua leitura é um exercício individual. Neste sentido, a utilização da revista tipo gibi é capaz de proporcionar uma leitura individual, fazendo com que o sujeito desenvolva um discurso próprio, e não se utilize unicamente de um discurso prescrito pelas políticas públicas.

A entrevista com roteiro semiestruturado associada à estratégia de representação por meio de recortes e colagens de gibis tem por finalidade conhecer como os sujeitos identificam o objeto de estudo. A revista em quadrinhos apresenta uma sobreposição de palavra e imagem sendo, por isso, necessário que o leitor exerça suas habilidades interpretativas visuais e verbais. E ainda pelo fato de haver sobreposição das regências da figura (perspectiva, simetria, pincelada) e das regências da literatura (gramática, enredo e sintaxe), a leitura da revista em quadrinhos torna-se um ato de percepção estética e de esforço intelectual (WILL EISNER, 1999 *apud* PESSOA, 2010).

A coleta de dados primários foi agendada previamente e realizada individualmente após a autorização dos sujeitos em seus próprios locais de trabalho. Os depoimentos dos sujeitos foram gravados e os recortes e colagens de gibis ficaram sob a guarda do pesquisador.

Os dados coletados por meio da entrevista foram transcritos em sua totalidade, respeitando todas as falas, expressões e pensamentos dos sujeitos, para assim entender sua vivência e aprendizado ligados ao tema exposto.

4.5 Análise dos dados

A análise das evidências de um estudo de caso é um dos aspectos mais complicados de realizar (YIN, 2005). Portanto, para análise dos dados primários, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo para interpretar os significados das falas dos sujeitos, incluindo as falas originadas da técnica do “gibi”. Segundo Bardin (2009), essa estratégia consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter a essência dos relatos por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição de conteúdo das mensagens.

Assim, a análise foi realizada em torno de três polos cronológicos, sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2009). Na pré-análise, foi realizada a pré-categorização dos dados por meio de leitura sistematizada vertical e horizontal. Posteriormente, efetuada a categorização dos dados que, de acordo com Bardin (2009), é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por

diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia). Portanto, a categorização aconteceu no momento da codificação do material que objetivou produzir uma representação dos dados (BARDIN, 2009; TURATO, 2003).

Durante o agrupamento dos dados em categorias empíricas de acordo com a relação entre sua significância, foi realizada a inferência, a interpretação dos dados e a confrontação à luz da literatura.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo compõe o projeto intitulado: “As UPAs de Belo Horizonte e sua inserção na Rede de Atenção a Saúde: perspectivas de gestores, profissionais e usuários” o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com Parecer nº 0057.0.410.203-10A (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com ETIC nº 0057.0.410.203-10 (ANEXO B). As normas do Conselho Nacional de Pesquisa em Humanos foram observadas e aplicadas em todas as fases da pesquisa (BRASIL, 1996).

Aos entrevistados, foi garantido o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que após a anuência dos sujeitos, foi por eles assinado (APÊNDICE C).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação da análise dos dados foi dividida em duas partes. A primeira diz respeito à descrição do perfil dos gerentes de UPAs. A segunda parte refere-se à apresentação e discussão das categorias temáticas obtidas, quais sejam “As UPAs na estruturação da Rede de Atenção à Saúde: encontros e desencontros” e “Singularidades da função gerencial em UPAs”.

5.1 Perfil dos gerentes de UPAS do município de Belo Horizonte

Mediante os dados provenientes deste estudo, foi possível delimitar o perfil dos gerentes das UPAs do Município de Belo Horizonte, considerando características sócio demográficas, formação profissional e capacitação para o exercício da função gerencial bem como atuação profissional no cargo de gerente. Foi realizada a análise estatística descritiva, sendo utilizado o Programa Epi-Info Versão 3.5.1 e, posteriormente, os dados foram discutidos à luz da literatura.

Na delimitação das características sócio demográficas dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, verificou-se que a média de idade dos gerentes foi de 40 anos, sendo a mínima de 27 anos e a máxima de 57. Em relação à faixa etária dos gerentes, percebe-se que o quadro gerencial possui maior maturidade profissional, que pode estar relacionada às perspectivas tradicionais de gerência e construção de carreiras rígidas ao longo da vida profissional que são consideradas no setor público e da saúde.

Em relação ao sexo, 58,3% dos entrevistados eram do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Característica sócio demográfica (sexo) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Sexo</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Masculino	10	41,7
Feminino	14	58,3
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Conforme apresentado na Tabela 2, os gerentes entrevistados ocupavam diferentes cargos nas UPAs, sendo eles: 33,3% compõem a gerência institucional; 29,2% são

coordenadores do Serviço de Enfermagem; 29,2% são coordenadores do Serviço Médico e 8,3% são gerentes adjuntos da instituição.

Tabela 2 – Característica relacionada à atuação (cargo ocupado) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Cargo Ocupado</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Gerência Institucional	08	33,3
Coordenação Serviço Enfermagem	07	29,2
Coordenação Serviço Médico	07	29,2
Gerência Adjunta	02	8,3
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Tendo em vista a formação profissional dos gerentes das UPAs do município, observa-se na Tabela 3 que: 50% dos entrevistados são médicos, 45,8% enfermeiros e 4,2%, ou seja, apenas um dos gerente, odontólogo. Percebe-se que existe o predomínio do profissional médico e de enfermagem na gerência destes serviços. Referente ao enfermeiro é importante salientar que, historicamente, este profissional tem ocupado cargos de chefia/ coordenação de unidades ou áreas de trabalho e da equipe de enfermagem, sob a justificativa de que, além de possuírem conhecimentos relativos à prestação do cuidado ao cliente, possuem capacitação na área administrativa. Ademais, o enfermeiro apresenta facilidades de relacionamento com os demais membros da equipe multidisciplinar (BRITO, 1998).

Tabela 3 – Formação profissional (categoria profissional) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Categoria profissional</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Enfermeiro(a)	11	45,8
Médico(a)	12	50,0
Odontólogo	01	4,2
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Destaca-se a predominância do profissional médico e do enfermeiro nos cargos de gerência das UPAs. Todos os gerentes são graduados em cursos na área da saúde. Cabe destacar que, para a maioria dos cursos na referida área não há disciplinas específicas ou mesmo conteúdos de administração que lhes assegurem o aporte de conhecimento necessário ou clareza do que dele se espera para o exercício do cargo (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Com relação ao profissional médico, ainda é incipiente a presença de disciplinas que viabilizem a discussão de aspectos relacionados à gestão nos cursos de graduação. Com relação à formação do enfermeiro para exercer a função gerencial Nóbrega *et al.* (2008, p.336) afirmam que:

Apesar de o Curso de Enfermagem ser um dos poucos, na área de saúde, que apresenta nas suas diretrizes curriculares conteúdos direcionados para o processo de trabalho e o gerenciamento em enfermagem, essa formação ainda é incipiente, distante da prática e do contexto organizacional.

Considerando a formação profissional dos sujeitos, é interessante destacar a vivência prática e a qualificação profissional a fim de sinalizar experiência e capacitação na área gerencial. Para tanto, foi possível identificar que apenas um dos sujeitos entrevistados, 4,2%, possui tempo de formação menor que cinco anos, 29,2% possuem tempo de formação entre cinco e dez anos. Entre 10 e 20 anos de formados, encontram-se 33,3% dos gerentes e entre 20 a 30 anos de formados, 33,3%. Nota-se o predomínio de gerentes com mais de dez anos de formação profissional, conforme evidenciado na Tabela 4.

Tabela 4 – Formação profissional (tempo de formação) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Tempo de formação</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Menor que 5 anos	01	4,2
Entre 5 a 10 anos	07	29,2
Entre 10 a 20 anos	08	33,3
Entre 20 a 30 anos	08	33,3
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Ao analisar a qualificação profissional na área gerencial, foram considerados cursos de Pós- Graduação e cursos de qualificação com carga horária superior a 180 horas, de acordo com a Tabela 5: 29,2% dos gerentes possuem qualificação na área gerencial e 66,7 % não possuem, sendo que um gerente não respondeu.

Nos serviços de saúde, tem sido frequente a seleção de gerentes considerando o período de atuação profissional como requisito para o desenvolvimento de habilidades e competências para a função gerencial, não levando em consideração a qualificação na área gerencial.

Tabela 5 – Formação profissional (qualificação gerencial) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Qualificação área gerencial</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Não	16	66,7
Sim	07	29,2
Não respondeu	01	4,2
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Os dados a respeito da qualificação para o exercício da função gerencial bem como o lugar de destaque que é dado à experiência nos critérios de seleção ao cargo nos remete aos resultados da pesquisa de Leite *et al.* (2006) na qual se investigou o aprendizado da função gerencial a partir das experiências desses atores sociais. Revelou-se, pois, tanto no referido estudo quanto no perfil dos gerentes da presente pesquisa que há o predomínio de uma abordagem cuja ênfase tem sido dada à aprendizagem informal e que acontece no cotidiano, a partir das vivências ali experimentadas e de um modo não planejado. Segundo as autoras, esta aprendizagem que se dá no exercício da própria função gerencial sugere que “os gerentes parecem aprender muito, se não mais, do que por programas de formação gerencial formal” (LEITE *et al.*, p.28).

Os dados apontam, dessa forma, para o predomínio de uma lógica mais tradicionalista que segundo Nóbrega *et al.* (2008) é centrada na construção de carreiras rígidas no decorrer da vivência profissional em detrimento da qualificação e do perfil para o exercício do cargo.

Nesta perspectiva, ressalta-se a necessidade de se criar mecanismos na gestão e formação profissional no sentido de intervir na lacuna que existe entre a teoria e a prática da função gerencial. Deste modo, é possível (re) pensar estratégias pedagógicas dos cursos formadores que sejam potencialmente capazes de proporcionar aos gerentes o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para exercerem a função gerencial no contexto de transformações organizacionais e de estabelecimento de novos modelos de gestão.

A qualificação na área gerencial apresenta-se, como um desafio para o SUS. A falta de gestão profissionalizada na gestão do sistema de saúde em todos os níveis de atenção e serviços parece ser uma realidade. Realidade esta inerente à escassez de profissionais qualificados para o exercício de múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução,

planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços e, ainda, ao clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema de saúde (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Nesse contexto, iniciativas nos níveis municipal, Estadual e Federal em prol da qualificação do trabalho gerencial em saúde vêm ocorrendo, mesmo que de maneira incipiente. É importante considerar que 29,2% dos gerentes possuem curso de qualificação na área gerencial. Esta busca de capacitação gerencial por parte dos gerentes reflete a tendência das organizações de saúde em profissionalizarem seus quadros gerenciais (BRITO, 2004).

Ao analisar a jornada de trabalho, de acordo com a Tabela 6: 95,8% dos gerentes entrevistados referem-se a uma jornada de trabalho superior a 08 horas de trabalho diárias. A flexibilidade no horário de trabalho é uma característica relacionada à atuação profissional dos gerentes das UPAs do município, sendo coerente com a necessidade do serviço que funciona durante 24 horas.

Tabela 6 – Atuação profissional (jornada de trabalho) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Jornada de trabalho</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Até 08 horas diárias	01	4,2
Acima de 08 horas diárias	23	95,8
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Em relação ao incentivo para o exercício da gerência: 25% consideram que não receberam nenhum tipo de incentivo, e 75% disseram recebê-lo. A Tabela 7 aponta que, quando questionados a respeito do tipo de incentivo para o trabalho gerencial: 66,7% dos sujeitos referiram receber incentivo financeiro e 8,3% dos gerentes referiram receber incentivo por meio de qualificações profissionais.

Tabela 7 – Atuação profissional (incentivo) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Incentivo para o cargo</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Não	06	25,0
Sim	18	75,0
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Ao analisar o número de empregos dos profissionais que atuam na gerência das UPAs, conforme a Tab 8: 54,2% dos gerentes possuem somente o emprego na UPA, 33,3% possuem dois empregos e 12,5% possuem três empregos ou mais.

Tabela 8 – Atuação profissional (número de empregos) dos gerentes das UPAs de Belo Horizonte, 2011

<i>Número de empregos</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Um emprego	13	54,2
Dois empregos	08	33,3
Três empregos ou mais	03	12,5
Total	24	100,0

Fonte: Dados deste estudo – período fevereiro e maio de 2011

Os dados sugerem que devido ao fato de a maioria dos gerentes dedicarem-se exclusivamente ao exercício da função, pode indicar um fator positivo dado que possibilita a esses gerentes maior flexibilidade para adequarem-se aos horários de possíveis cursos de qualificação e capacitação na área gerencial. Em contrapartida, um dado preocupante que revela uma face negativa do perfil dos sujeitos que exercem a função gerencial e que merece ser analisada se refere ao fato de que a maioria dos gerentes possui uma jornada de trabalho superior a 8 horas diárias, ou seja, mais que 40 horas semanais. Este panorama reflete o novo delineamento organizacional advindo da onda de reestruturações pelas quais passaram as organizações na década de 90. Essas transformações imprimiram novos padrões na forma de gerir os quais têm repercutido diretamente na vida cotidiana dos gerentes. Assim, o exercício da função gerencial é marcado por extensão da jornada de trabalho bem como intensificação

da carga de trabalho podendo gerar sofrimento e vulnerabilidade desses sujeitos (DAVEL; MELO, 2005; WILLMOTT, 2005).

5.2 As UPAS na estruturação da rede de atenção à saúde: encontros e desencontros

Nessa categoria são discutidos o cenário e o contexto em que os sujeitos desse estudo desempenham a função gerencial. Cabe aqui salientar que, para que sejam analisadas as práticas gerenciais em UPAs, faz-se necessário compreender como os gerentes visualizam o cenário atual do sistema de saúde do município de Belo Horizonte. Os atores que a desempenham a função gerencial podem constituir-se em protagonistas da ação por meio de um arsenal inovador no modo de fazer o gerenciamento dos serviços de saúde (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

A discussão desse conteúdo e de suas significações apresenta-se como fundamento dessa categoria que foi dividida em duas subcategorias. A primeira subcategoria traz à tona alguns aspectos da estruturação da Rede de Atenção às Urgências, sendo denominada: “Tecendo” a Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte.

A segunda subcategoria foi proveniente de alguns desafios, aqui tratados como “desencontros”, que permeiam a organização da rede, apontados pelos gerentes deste estudo ao apresentarem o contexto atual do sistema de saúde do município. Esta foi nomeada: Desafios da estruturação da Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte.

5.2.1 “Tecendo” a Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte

Considerando o desenvolvimento das RAS como alternativa para superar a fragmentação e a falta de resolutividade dos serviços de saúde e as UPAs como equipamentos de saúde, implantados a partir de 2008 com a proposta de constituírem um componente a mais para a organização da Rede de Atenção às Urgências, os participantes do estudo descrevem alguns aspectos que estão envolvidos na organização da rede em Belo Horizonte.

Tais aspectos se referem à: definição da UPA como retaguarda para as UAPS; a UPA como elo entre os serviços; a UPA como observatório para os serviços de saúde; a inserção da UPA em território definido; a definição das responsabilidades específicas deste lócus de atenção à saúde; a grade de referência e a classificação de risco como ferramentas para ordenação de fluxo no serviço e na rede respectivamente; integração entre gerentes dos

diversos serviços; o sistema de referência e contrarreferência; as parcerias entre UPA e APS; a estruturação de protocolos assistenciais para os diferentes níveis de atenção à saúde e a implantação do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

Sobre a definição da UPA como retaguarda para a APS, o depoimento de G04 menciona o reconhecimento desta responsabilidade:

“Eu entendo que nós realmente somos a retaguarda, a retaguarda para rede básica e encaro isso como uma responsabilidade. [...] A missão da UPA é ser retaguarda para rede básica, para a população dessa área que chega aqui.”G04

A Portaria do MS nº 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 de atenção integral às urgências em conformidade com a PNAU, define como responsabilidade da UPA fornecer retaguarda às urgências atendidas pela APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A função da UPA de retaguarda para a APS parece ser inevitável no contexto atual, em que existe uma prevalência de casos crônico-agudizados, porém a oferta deste serviço se qualifica à medida que se intensifica a utilização de ferramentas eficazes de referência e contrarreferência entre UPA e UAPS.

No que concerne à responsabilidade da UPA de retaguarda para as urgências da APS, os gerentes apontam a diferença entre ser retaguarda para os serviços e atender à demanda proveniente dos serviços de APS devido à ineficiência dos mesmos:

“A UPA funciona primeiro como um suporte nessa questão da saúde, não é para dar suporte para o centro de saúde porque ele não tem profissional médico lá, não é essa a função da UPA, a função é tentar resolver para o paciente aquilo que a rede básica não consegue fazer lá.”G23

Não há evidências de que as UPAs possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Assim, a necessidade de organização dos outros níveis de atenção à saúde é a garantia para o funcionamento da UPA de acordo com o preconizado na legislação (MENDES, 2011).

O depoimento de G08 e a ilustração utilizada reforçam o papel da UPA indo além da retaguarda:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Ainda de acordo com o depoimento de G08, a importância da UPA no atendimento à demanda de outros serviços é sinalizada como uma característica do cenário atual dos serviços de saúde de Belo Horizonte, devido a dificuldades ainda presentes na APS e na atenção hospitalar.

Esta situação deve ser temporária, para que a UPA possa assumir sua real responsabilidade na Rede de Atenção às Urgências, conforme elucidado por G06 por meio do depoimento e da Fig. 2:

Figura 2 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“É por que uma figurinha que está na madrugada, ele fala: “por isso estou aqui todos os dias”, é a UPA nessa rede, pensando na rede básica, é uma porta de entrada de 24 horas, por aqui passa um paciente que vai para um CTI [Centro de Terapia Intensiva], que vai para um hospital, então eu acho que é esse o papel, essa vigilância 24 horas, “estou aqui todos os dias” eu acho que é essa a inserção da UPA nesta rede.” G06

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

O relato apresentado vai ao encontro da legislação vigente, que estabelece como responsabilidades das UPAs: o funcionamento nas 24 horas do dia em todos os dias da semana; a retaguarda para as urgências da atenção básica; o apoio diagnóstico e terapêutico nas 24 horas do dia; a observação de pacientes por período de até 24 horas para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica; o encaminhamento para internação em serviços hospitalares dos pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O gerente apresenta a UPA como um serviço necessário para a rede e vincula a importância desta unidade ao seu horário de funcionamento o que parece sinalizar para uma complementariedade das UAPS. Desta forma, a integração entre esses serviços torna-se indispensável.

O depoimento e a figura escolhida por G15 mostram a UPA como elo entre os serviços de saúde, como um ponto de atenção à saúde, localizado no meio da rede, um ponto intermediário:

Figura 3 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Um conjunto de várias unidades que participam da rede, a UPA ela realmente faz um meio entre a unidade básica e a terciária da complexidade, aqui são vários equipamentos de saúde e a UPA no meio porque ela vai fazer esse elo aqui.”G15

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A PNAU caracteriza essas unidades como estruturas de complexidade intermediária na Rede de Atenção às Urgências. Ainda, conforme esse documento, o posicionamento da UPA remete ao papel desempenhado por ela no sistema: de complacência da enorme demanda dos prontos-socorros hospitalares e de ordenadora dos fluxos de urgência (BRASIL, 2002).

No contexto deste estudo, nota-se que existem dificuldades para que a UPA desempenhe o papel de ordenadora de fluxos, o que decorre, entre outros aspectos, de questões de ordem estrutural. Quanto ao papel de complacência da demanda de urgência hospitalar, as UPAs têm-se traduzido como salas de espera de longa permanência para internação.

No trecho da entrevista de G13, encontram-se fragmentos condizentes com o determinado pela legislação:

“É tentar mostrar na rede que a gente está aqui, para não deixar sobrecarregar a rede, para realmente tecer essa fita e realmente ser referenciado ou de lá para cá ou cá para lá, não uma via única.” G13

A visualização dos demais serviços e da importância desses para o funcionamento adequado da UPA é evidente para os gerentes e demarca a limitação dessa estrutura:

“Aqui na UPA a gente depende de um hospital de nível terciário para direcionar meu paciente. Então tem sim uma diferença, aqui eu não consigo andar sozinha, eu preciso estar integrada porque senão [...]” G22

“O contexto é complementar. É procurar realmente fazer uma interlocução, de um modo que flua, principalmente da parte primária para parte secundária, que somos nós,

e que a gente consiga fluir para a parte terciária, de acordo com a rede hierárquica do SUS em Belo Horizonte.” G24

“Eu fui aprender muito de rede, aqui na UPA porque às vezes, quando você está lá no hospital, dentro do hospital, parece que a gente só pensa o hospital, é muito engraçado, você pensa só no detalhe não pensa no inteiro não, você pensa só no seu setor, você pensa que ali é uma bolha e quando a gente vem então aqui para UPA, você tem que relacionar muito com a atenção primária, com a atenção terciária, você vai entendendo isso.” G18

Os gerentes observam com clareza que a UPA é uma estrutura complementar. Por isso, a interdependência e a integração são requisitos fundamentais para a resolutividade deste serviço, que se configura um ponto de atenção quase inevitável para os profissionais não pensarem em rede, não agirem em rede, como relatado por G18.

De acordo com Mendes (2011), as UPAs só contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se estiverem integradas em RAS. Isso significa a organização da atenção às condições crônicas também em redes com o fortalecimento e melhoria da qualidade da APS, que deve ser a coordenadora do cuidado.

A respeito da inserção da UPA na estruturação da rede, os gerentes apontam que:

“Nós estamos engatinhando na formação da rede, a rede ainda não funciona, acredito que a minha função é tentar fazer tecer essa rede, tentar construir essa rede, e é um processo muito vagaroso, tentar estar em sinergismo um com os outros tipos de serviços pré - hospitalares, com o pré- hospitalar fixo que é a questão da atenção básica e o pré- hospitalar móvel que é o SAMU.”G13

“A gente fica entre a saúde básica e uma unidade de urgência de maior complexidade então ai a gente faz o seu papel na rede fazendo esse elo, desse atendimento, para dar continuidade a ele.” G15

A estruturação da Rede de Atenção às Urgências no caso específico do município de Belo Horizonte iniciou-se com discussões em 1999 a respeito da grade de urgência e vem se desenvolvendo a partir do estabelecimento da PNAU. No entanto, mesmo diante de inúmeros avanços, ainda há um longo caminho a ser percorrido (CARVALHO, 2008).

Para Silva (2011), um desafio para a consolidação das redes é a integração entre os serviços com centralidade na APS. A esse respeito, a APS qualificada é atributo fundamental para a estruturação das RAS.

Cabe considerar que, no município de Belo Horizonte, a APS é reconhecida como:

a rede de centros de saúde que se configura como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realiza diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre as quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população (TURCI, 2008, p.46).

A gestão municipal de Belo Horizonte optou, nas últimas décadas, pelo fortalecimento da APS, por entender que esse era o ponto do sistema capaz de propiciar à população a atenção necessária para a solução da maioria dos seus problemas de saúde. O Plano Macro Estratégico da SMS de Belo Horizonte, 2009-2012: SUS-BH Cidade Saudável aponta a APS como uma das grandes diretrizes dessa gestão e como o eixo estruturador de toda a rede de atenção à saúde no município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2009).

Sendo a APS um atributo fundamental nas RAS, o fortalecimento dessa no município parece estar contribuindo para a estruturação da rede. Estudo realizado por Mendonça e colaboradores (2011) com objetivo de avaliar a ESF de Belo Horizonte apontou que esta parece contribuir para uma redução significativa das internações por causas sensíveis à APS, além de propiciar maior equidade em saúde. Tal estudo reforça avanços da APS do município que contribuem para a estruturação da rede.

O desenvolvimento das RAS exige o envolvimento dos diversos atores que compõem o cenário de atenção à saúde. Considerando os gerentes das UPA como um desses atores, o seu envolvimento com esta proposta, conforme descrito nos depoimentos, surge como aspecto positivo, que contribui para que o preconizado não fique apenas no papel, mas faça parte do cotidiano das UPA. Assim, destaca-se a percepção de G16, ilustrada pela Fig. 4, quanto ao papel da UPA e à continuidade do cuidado como missão da RAS:

Figura 4 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“A UPA ela não é nem o início, ela não é a porta de entrada, ela não deve ser a porta de entrada do usuário na rede de serviços de saúde, e também não é o fim. Ela está numa posição intermediária e aí essa figura ela dá a ideia para a gente que existe uma continuidade. Na figura, o Cebolinha está procurando o final do livro e aí a Mônica mostra para ele que o final do livro vai estar em outro livro, e então a sensação, a percepção de que as situações elas não se encerram por si na UPA, a ideia de que a UPA de fato ela está nesse meio mesmo, inserida na rede de uma forma intermediária entre a atenção básica e a atenção hospitalar.” **G16**

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Mediante o apresentado, percebe-se que, na condução de cada um dos pontos de atenção à saúde, gerentes, profissionais e população precisam compreender as responsabilidades e atribuições dos demais pontos da rede para que assim possa ser assegurada a continuidade do cuidado.

Tal compreensão depende de questões relacionadas à organização dos serviços, ao processo de trabalho desenvolvido, às relações construídas e a inúmeras questões que abrangem o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde. Incluem também as relações estabelecidas entre os diferentes serviços em busca de um cuidado contínuo e integral para o indivíduo atendido.

Os resultados indicam que a UPA apresenta-se como observatório de outros equipamentos sociais que integram a rede:

“A missão da UPA é essa, ser retaguarda pra rede básica, retaguarda pra população dessa área. (...) e inclusive eu avalio que é uma unidade que pode ser usada como observatório de toda a rede... (G04).”

O depoimento permite identificar que a UPA, assim como o SAMU e as centrais de regulação, se caracteriza como observatório de saúde e do sistema, na perspectiva expressa na PNAU, como um ponto estratégico da rede em função de sua capacidade de monitorar, de

forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento da rede (O'DWYER, 2010; VON RANDOW *et al.*, 2011).

A respeito do depoimento de G04, cabe salientar que a regionalização dos serviços no município de Belo Horizonte atinge também a área de urgência e emergência, contribuindo para a intensificação da articulação entre os serviços com uma base territorial definida (CARVALHO, 2008).

De forma singular, em relação à APS, os participantes do estudo ressaltam o fato de a UPA se caracterizar como um serviço de média complexidade, no qual as ações devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da APS, conforme explicitado por um dos entrevistados:

“O centro de saúde tem um paciente que ele atende lá e que ele não tem uma solução para o doente. Então assim, não tem pela gravidade ou pelo problema que apresenta. Então esse doente vem pra nós. Eles ligam, passam pra gente o caso e esse paciente é encaminhado pra cá (G24).”

A relação da UPA com a APS é apontada, nesse depoimento, numa perspectiva de identificação da UPA como o espaço que proporciona resolubilidade e garante a assistência em certas condições não asseguradas na atenção primária. Nessa perspectiva, a UPA apresenta-se como um espaço mais atrativo à população, sobretudo em decorrência do aparato tecnológico de que dispõe (KOVACS *et al.*, 2005).

No âmbito dessa discussão, os entrevistados reafirmam a articulação entre a UPA e a APS, considerando a UPA como espaço institucional que oferece subsídios para o monitoramento e a avaliação dos demais serviços da rede, com destaque para a APS:

“A UPA é a ponta do iceberg que dá pra se ver como é que está funcionando a rede como um todo. Uma UPA retrata isso. Retrata como é que está a rede básica, porque o que está chegando que não precisava de estar chegando aqui, né? Ou seja, falhou? O nível falhou? Deixou de dar conta disso? E se ela está muito lotada também você percebe: oh não tá dando certo a saída. Então você sabe, é o meio; aqui é o meio.”. (G04)

A ideia da UPA como espaço institucional capaz de fornecer informações relevantes para a avaliação e o monitoramento de outros serviços remete à proposta para a formação das RAS, que visa à integração dos serviços, à articulação e à interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações (CONASS, 2008). Os sujeitos deste estudo reforçam essa colocação ao sinalizar as dependências e interdependências da UPA com a Atenção Primária:

“Eu percebo também a UPA como um grande observatório para o Centro de Saúde. Então a gente trabalha muito com referência e contrarreferência. Eu acho que é um sinal para um centro de saúde: quando eu tenho uma grande demanda de paciente

verde desse centro de saúde aqui dentro da UPA, ele me fala desse centro de saúde.” (G06).

O depoimento de G06 refere-se à capacidade avaliativa e às diferenças encontradas nos quesitos acesso e organização da APS. Ressalta-se que a situação da APS em cada área é um importante componente na determinação para a busca aos serviços de urgência e emergência (PUCCINI; CORNETTA, 2008). Assim, possíveis entraves para a rede básica possuem relação direta com a demanda das UPA.

Nesse sentido, a integração entre os diferentes níveis de atenção faz-se necessária para proporcionar a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários. Ademais, tornam-se fundamentais o conhecimento e a discussão, pelos profissionais da saúde, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da atenção primária, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente à população (SILVA, 2011). Alguns estudos demonstram a alta proporção de atendimentos realizados nas unidades de urgência e emergência que poderiam ser resolvidos apropriadamente nas UAPS (PUCCINI; CORNETTA, 2008; BARBOSA *et al.*, 2009).

Observa-se que a capacidade de obter informações que possam colaborar para o monitoramento e a avaliação da APS apresenta-se como uma característica da UPA. Assim, cabe ressaltar, que essa capacidade reforça um dos produtos da regulação do sistema de saúde: a produção de informações regulares para a melhoria do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A capacidade de conhecer, identificar e analisar situações inerentes a outros níveis assistenciais reforça a relação existente entre os serviços de diferentes níveis de atenção. Logo, o grau de organização e de monitoramento que a UPA efetivamente desenvolve sinaliza a capacidade de olhar, observar e pontuar questões relacionadas, por exemplo, à APS, como descrito por G03:

“Eu acho que assim é uma, é uma, acho que é um ponto estratégico na rede que serve como um termômetro de como está o funcionamento da rede, tanto a rede básica que a gente querendo ou não é um termômetro de como está o funcionamento das unidades básicas de saúde.” (G03)

Dos depoimentos emergiram aspectos referentes à definição de um território de abrangência para cada UPA. Salienta-se que a demanda desgovernada gera uma superlotação desses serviços, acarretando prejuízos na qualidade assistencial. Assim, a divisão e orientação dos serviços de saúde do município de Belo Horizonte são enfatizadas como facilidades:

“A rede é dividida em distrito sanitário, cada distrito tem sua UPA, e cada UPA é responsável por X unidades, isso facilita para os serviços”G11

A respeito da inserção da UPA em determinado território, a legislação vigente determina que este equipamento de saúde deva se articular com a APS, SAMU 192, atenção hospitalar, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A definição do território de abrangência para cada UPA parece contribuir para a articulação desta com os demais pontos da rede e para o conhecimento do diagnóstico de saúde da população atendida, colaborando para a efetividade das ações neste nível de atenção.

O regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência determina que o sistema estadual deva se estruturar embasado na leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes (BRASIL, 2006).

A classificação de risco e a grade de referência foram identificadas pelos gerentes como ferramentas que facilitam a estruturação da Rede de Atenção às Urgências no município:

“Eu acho que facilitador é ter grades feitas de referência. Assim, a gente sabe o que fazer em cada situação, como a gente tem uma grade delimitada na rede a gente tem o conhecimento do que terá que ser feito.” G02

“No pronto atendimento o que a gente precisa? Garantir a classificação de risco do paciente, todas as unidades de pronto atendimento têm que ter a classificação de risco implantada, então isso é bem intensivo, então eu tenho que garantir isso.” G18

“Nós usamos hoje a Classificação de Manchester, que é uma classificação de risco, o mesmo passo que o paciente que chega aqui e ele é classificado de uma forma que ele não precisaria estar aqui dentro, ele vai ser orientado, encaminhado para o Centro de Saúde. Certo. Pra que ele dê continuidade lá.” G23

O processo de acolhimento com classificação de risco iniciou-se no município de Belo Horizonte em fevereiro de 2004. É realizado atualmente em quase todas as portas de entrada da urgência, inclusive pela APS que compõe os serviços pré-hospitalares fixos da rede de urgência (CARVALHO, 2008).

O Sistema de Manchester de classificação de risco (Manchester Triage System – MTS) é utilizado nos serviços de saúde do município e opera com algoritmos e determinantes,

associados a tempos de espera simbolizados por cores, sendo também usado em vários países da Europa (MENDES, 2011).

De acordo com a PNH, o acolhimento com classificação de risco é considerado uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local, afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2009).

É importante considerar que a realização da classificação de risco isoladamente não garante a melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a grade de referência das urgências aparece como uma ferramenta de ordenação de fluxos por meio de pactuações para a viabilização do cuidado no município:

“A gente tem uma grade onde vai encaminhar, isso facilita, eu sei que para aquele caso é aquele hospital! Eu não vou sair buscando em todas, eu sei que o meu caminho é aquele ali, eu vou ter um caminho, um acesso mais fácil ali naquele local.” G03

“O que a gente busca fazer é cumprir realmente o que é determinada na grade de referência do município, então assim, aceitar os pacientes da atenção primária que são nossas referências, que têm como referência a UPA e fazer cumprir também a grade.”G03

Os trechos de depoimento de G03 assinalam a importância da grade de referência de urgência, no município, que foi elaborada formalmente a partir de 2003 com a implantação do SAMU. Esta se constitui em pactuações entre as portas de entrada da urgência, SAMU, APS e atenção hospitalar, construída por meio do mapeamento dos serviços públicos de saúde do município com a delimitação do grau de complexidade de cada um (CARVALHO, 2008).

Considerando a necessidade de estruturação da Rede de Atenção às Urgências como a maneira de assegurar um modelo eficaz para a atenção às condições agudas, a classificação de risco e a grade de referência parecem constituir ferramentas capazes de contribuir para a organização dos serviços e assim formatação da rede.

Para Mendes (2011) o objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado (MENDES, 2011).

Observa-se a importância da utilização por parte de gerentes e profissionais de saúde de tecnologias leve-duras para a organização dos serviços com vistas à resolutividade da

assistência, porém destaca-se a importância de construção e/ou implantação destas ferramentas de maneira contextualizada, observando a realidade de cada serviço e/ou população.

Outro ponto que, de acordo com os entrevistados, tem contribuído para a construção da Rede de Atenção às Urgências no município é a integração entre gerentes dos diversos serviços de saúde:

“A facilidade que a gente participa de reuniões, com gerentes da unidade básica, de todas as UPAs, para gente está mantendo uma sintonia, um afinamento das informações para tentar atender a demanda.”G09

O papel articulador do gerente nos serviços que compõem o sistema de saúde municipal é enfatizado, sendo que esta ação parece comum aos gerentes dos serviços de diferentes níveis de atenção à saúde:

“Geralmente, quando tem reunião com os gerentes de postos de saúde, com a parte da vigilância sanitária, da epidemiologia, são reuniões únicas, uma vez por mês sempre vai um representante da UPA, tento ir em todas que eu consigo por que eu tenho este papel de ligar a UPA aos outros serviços.” G08

Em estudo realizado com gerentes de UAPS, com o objetivo de identificar elementos do trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, Weirich e colaboradoras (2009) identificaram que a articulação com os diversos departamentos da SMS é uma das funções dos gerentes desses serviços. As autoras consideram como fundamento para esta ação o princípio doutrinário do SUS de hierarquização, entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

As reuniões entre os gerentes das UPAs e os gerentes das unidades hospitalares também são consideradas como um momento de integração entre os gerentes:

“Com a rede hospitalar também a gente tem reuniões com a direção é lógico, não tem reunião com trabalhador do hospital, mas a gente tem reunião com os diretores dos hospitais chamadas até de reuniões das portas de entrada.”G04

Considerando os hospitais como estruturas que devem garantir retaguarda para as UPAs conforme a legislação vigente, a articulação entre os gerentes desses serviços constitui-se em espaço para discussão e aprimoramento de definições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A importância da integração do gerente da UPA com a população é destacada no relato de G21:

“A questão da comunidade também, ela tem que participar também ativamente da UPA assim, no sentido de reuniões, de conselhos, então precisa também participar desses conselhos.”G21

A aproximação dos serviços de saúde da comunidade é discutida pela lei orgânica do SUS que regulamenta a participação da população na gestão Federal, Estadual e Municipal por meio dos Conselhos de Saúde. O gerente possui um papel articulador e integrador, devendo assim contribuir ativamente para a aproximação entre população e serviço de saúde.

Portanto, para discutir a estruturação da Rede de Atenção às Urgências torna-se fundamental a aproximação do preconizado com a realidade organizacional dos serviços. Estreitar estes laços só é possível se for considerada a participação da população que é um dos componentes obrigatórios do processo de cuidar.

A participação dos gerentes das UPAs nos conselhos de saúde parece contribuir para construção e discussão permanente e aproximação das reais necessidades desta população com a discussão institucional.

A contrarreferência realizada para os centros de saúde foi sinalizada como uma facilidade para o desenvolvimento da rede:

“Esse mês a gente implantou a contra referência com as unidades básicas, como é feito isso? A gente levanta diariamente todos os pacientes que vierem encaminhados às unidades, e o administrativo faz o retorno para essas unidades.”G11

Avanços são necessários para o desenvolvimento de um sistema de referência e contrarreferência efetivo, capaz de garantir a continuidade do cuidado em níveis diferenciados de atenção à saúde e ainda as relações intersetoriais, proporcionando ao indivíduo assistência de acordo com a sua real necessidade de saúde.

O sistema de referência e contrarreferência efetivo demanda sistemas logísticos eficazes. Para Mendes (2011), os sistemas logísticos são considerados soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS. Os sistemas logísticos constituem um dos componentes necessários para o desenvolvimento da rede, pois contribuem para um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio.

Emergiram dos depoimentos, como aspectos facilitadores para estruturação da rede no município de Belo Horizonte, as parcerias que se vêm desenvolvendo entre pontos diferenciados de atenção à saúde, como por exemplo, entre a UPA e APS:

“Eu acho que Belo Horizonte está avançando muito, a gente está recebendo um treinamento em conjunto com a assistência básica, as últimas propostas, protocolos que estão sendo montados até de capacitação dos profissionais é aberta para assistência básica também com médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistência social, são treinamentos abertos justamente visando respeitar a relação, então, nós temos um diálogo mais aberto para facilitar a conduta com todo mundo.”G08

A aproximação entre os diversos pontos de atenção à saúde e a APS parece contribuir para a integração desses serviços e assim colaborar para que a APS assuma seu papel de coordenação da assistência. De acordo com a PNAU para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, faz-se necessária a integração entre todos os pontos da rede. De acordo com esta política, as UAPS constituem um dos pontos do componente pré-hospitalar fixo. Sendo assim, a APS deve-se encontrar vinculada à atenção às urgências (BRASIL, 2006).

De acordo com o depoimento de G20, o reconhecimento da APS como serviço integrante da rede de urgência do município vem proporcionando a aproximação deste locus de atenção à saúde com a UPA:

“Na inserção da rede de urgência, a UPA precisa estar junto com eles (APS), esses últimos meses que a APS está treinando Manchester, a gente viu uma aproximação muito grande da APS, da atenção primária com a urgência.”G20

Ao considerar a vinculação da APS aos demais serviços de atenção às urgências percebe-se avanços para a estruturação da rede, pois cabe ressaltar que APS deve constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde e assim deve ser exaltada e incorporar os atributos de coordenação do cuidado, garantindo que, neste ponto de atenção, a população seja acolhida e sejam dados os encaminhamentos que melhor respondam às demandas e necessidades de saúde (VON RANDOW *et al.*, 2011).

A estruturação e adesão dos diferentes níveis de atenção à saúde a protocolos assistenciais foram evidenciadas como um aspecto capaz de facilitar o desenvolvimento da rede:

“Chama Projeto Território, eles monitoram, fazem um grupo multiprofissional, tem um coordenador desse projeto e que eles pegam alguns doentes específicos para acompanhar e fazer uma discussão multidisciplinar desse paciente. Por exemplo, um paciente que tem insuficiência cardíaca, mas não adere ao tratamento, ele interna várias vezes, vem na UPA várias vezes, tem cinco AIH (Autorização de Internação Hospitalar), nesse projeto foi feito um treinamento no Einstein em São Paulo sobre insuficiência cardíaca, para diagnosticar as etapas, tentar captar o paciente numa fase precoce e aí a gente começa a fazer uma rede realmente da urgência com a APS, criando mais um fluxo.” G20

A implantação do projeto citado no depoimento de G20 vai ao encontro das premissas para a estruturação da rede, pois a atenção secundária à saúde e todos os pontos de atenção que estão inseridos neste nível do sistema devem passar por readequações para o trabalho em rede direcionadas para a valorização do cuidado integral e contínuo.

Para Silva (2011), a gestão da clínica é uma importante proposta nas RAS, compreendida como uma ponte entre os operadores do cuidado à saúde e os gestores na busca de consensos para qualificar a atenção ao usuário. Campos (2003) vai além, ao valorizar as questões sociais e subjetivas defendendo a proposta de “cogestão da clínica”, que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/ organização e clínico/equipe visando obter condições mais favoráveis para a efetivação da clínica ampliada.

Portanto, faz-se necessário ultrapassar as características dos sistemas fragmentados de atenção. Nos sistemas fragmentados, os pontos de atenção secundária são caracterizados por atuarem de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem coordenação da atenção primária.

Nesse sentido, o depoimento de G20 parece sinalizar mudanças necessárias para o trabalho em rede e para tal um desafio considerável é romper com características hegemônicas do modelo de saúde, centrado em procedimentos, e organizar a produção do cuidado a partir das necessidades do usuário, instituindo um modelo usuário-centrado (SILVA, 2011; CECILIO, 1997; MERHY, 2003).

A implantação e ampliação do PAD foram ressaltadas como fatores que contribuíram para o desenvolvimento da rede:

“A criação do PAD, a ampliação do PAD, fez uma ponte entre urgência, PAD e APS. O programa de atenção domiciliar é um ponto que facilitou muito a rede, apesar de ter uma produção muito aquém do que se espera, é um grupo que faz essa ponte da rede, sai da urgência leva para casa e faz a ponte com a APS.” G20

No município de Belo Horizonte, o PAD foi implantado em 2000 no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) e no Hospital das Clínicas, e, em 2002, nas UPAs. O programa oferece assistência humanizada e integral na casa de pacientes que necessitam de um acompanhamento mais próximo, mas que não precisam ser internados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2011).

A necessidade de ampliação da atenção domiciliar no âmbito do sistema público de saúde foi destacada em estudo de Feuerwerker e Merhy (2008), sendo considerada como uma modalidade de atenção à saúde capaz de contribuir efetivamente para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado. Destaca-se que, segundo a Portaria 2029, que

instui a AD no âmbito do SUS e a Portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a AD no âmbito do SUS, os serviços de atenção domiciliar são considerados como um dos “componentes da Rede de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2011a, p.1; BRASIL, 2011c). Ressalta-se, ainda, que os serviços de atenção domiciliar devem ser estruturados “de forma articulada e integrada aos outros componentes da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a, p.1).

No entanto, considera-se que a atenção domiciliar como modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos (SILVA *et al.*, 2010).

A parceria público-privada surgiu em alguns relatos e foram evidenciados aspectos positivos e negativos desta no contexto de estruturação da Rede de Atenção às Urgências:

“A gente tem facilidade para algumas coisas, contratação, eu penso que seja mais rápida do que as outras, como está tudo aqui dentro, departamento pessoal, recursos humanos, parece que tudo anda mais rápido, porque está tudo aqui, acho que é uma facilidade.” G18

A questão dos modelos de gestão no SUS vem sendo alvo de muitas discussões. Neste contexto, as Organizações Sociais, Fundações Estatais e Contratos de Gestão podem ser vistas como modelos que possibilitam modernizar o Estado (IBANEZ; VECINA NETO, 2007).

O depoimento de G18 aponta a flexibilidade na gestão como um aspecto positivo no caso de uma organização gerida por uma Fundação Pública de Direito Privado. De acordo com Ibanez e Vecina Neto (2007), os novos modelos de gestão visam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorize resultados, satisfação dos usuários e a qualidade dos serviços prestados.

Entretanto, alguns aspectos foram ressaltados no relato de G17 com base na ilustração (Fig. 5) a respeito de dificuldades que a UPA vinculada à Fundação Pública de Direito Privado enfrenta:

Figura 5 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“A ideia de colocar a UPA sob gestão privada é uma ideia fantástica, a gente ganha agilidade em muitas coisas, mas ela foi feita de uma forma acanhada, porque é um bode amarrado, porque o contrato de prestação de serviço nos amarra, é uma entidade privada, mas as nossas decisões dependem de autorização da secretaria.” G17

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Ainda de acordo com Ibanez e Vecina Neto (2007), a fundação pública de direito privado é uma alternativa viável, ao discutir novos modelos de gestão pública. Esta é considerada uma entidade integrante da administração pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial.

No contexto da estruturação da Rede de Atenção às Urgências, os relatos dos gerentes da UPA vinculada à fundação pública de direito privado parece evidenciar um distanciamento deste serviço dos demais serviços da rede, devido ao modelo de gestão vigente:

“Nós somos a UPA que não é da Prefeitura e a gente sente esse tratamento diferenciado [...], não tem muito diálogo.”G17

“Eu não sei exatamente o que a rede quer, o que a rede espera.” G18

Considerando o discurso de estruturação de RAS, a relação incipiente entre os serviços contribui para a fragmentação e o isolamento dos mesmos, não garantindo a integração aos demais pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A organização da rede do município foi apresentada pelos gerentes por meio de aspectos que sinalizam uma rede em processo de desenvolvimento. Os aspectos apresentados parecem ser alguns dos atributos necessários para que se possa “tecer” a rede, e, como

ressaltado nos depoimentos, depende da integração dos serviços constituídos por gerentes, profissionais, indivíduos atendidos e pela população.

O contexto apresentado pelos gerentes aponta para uma rede em construção, e foram identificados alguns desafios para a estruturação da Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte, que serão abordados na próxima subcategoria.

5.2.2 Desafios da estruturação da Rede de Atenção às Urgências no município de Belo Horizonte

A despeito dos aspectos relacionados à estruturação da rede apontados pelos gerentes entrevistados, também foram observados desafios, aqui chamados de “desencontros”, aspectos que parecem dificultar a organização da rede no município.

Os desafios apontados são: a grande e diversificada demanda atendida nas UPAs que geram prejuízos na qualidade do atendimento prestado; a busca indiscriminada dos usuários pela UPA; em alguns momentos a UPA desempenhando o papel do nível primário e terciário de saúde; as falhas no nível terciário e primário que refletem diretamente sobre a UPA; a descrença em relação à inserção deste equipamento e sua real missão na rede; a relação incipiente entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais e, finalmente, o atendimento a demandas de outros municípios.

A grande e diversificada demanda atendida na UPA é ressaltada por G19:

Figura 6 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Uma grande demanda chegando e a gente não tem mais como fazer, não tem mais capacidade de atender ou não tem profissional disponível, leito disponível, e a demanda chegando o tempo inteiro e a gente pensando aqui: “Ai meu Deus o que nós

vamos fazer?” G19

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

De acordo com alguns estudos realizados no país, as barreiras de acesso ainda existentes em outros níveis de atenção à saúde são caracterizadas como uma das causas da grande e diversificada demanda que compõe os atendimentos dos serviços de urgência (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; PUCCINI; CORNETTA, 2008).

Nesse sentido, as UPAs se configuram em serviços que atendem uma demanda diversificada, no que diz respeito às necessidades de saúde:

Figura 7 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“A figura de um bodoque, com uma pessoa sendo arremessada por esse bodoque. Na realidade, nós somos o alvo desses pacientes que não conseguem atendimento no centro de saúde, não conseguem atendimento na rede terciária.” G14

“Algumas pessoas ainda acham que em vez da UPA ser parceira para formar a rede, é um local que depositam as pessoas no meio de jogadas, você está com um problema joga na UPA para resolver.”

G13

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A superlotação dos serviços de urgência parece ser uma consequência do aumento da demanda por atendimentos. De acordo com Bittencourt e Hortale (2009), a superlotação não é

consequência apenas da grande procura por estes serviços. Haja vista que essa revela o baixo desempenho dos serviços de urgência, dos demais serviços de saúde, assim como da rede.

A respeito da demanda atendida nas UPAs, essas unidades vêm atuando como importante porta de entrada do sistema de saúde público. Nota-se que a busca deste serviço constitui-se numa alta proporção de pessoas com problemas de saúde, que se avaliam como passíveis de serem resolvidos mais apropriadamente na APS (ROCHA, 2005; PUCCINI; CORNETTA, 2008).

Considerando que a finalidade do atendimento na UPA concentra-se em tratar a queixa principal e tem como ação nuclear a consulta médica, o atendimento de ocorrências que poderiam ser resolvidas na APS, descaracterizam a proposta de vinculação do usuário com o serviço de APS e com a equipe de saúde de sua área de origem (ROCHA, 2005; MARQUES; LIMA, 2008).

A respeito da grande e crescente demanda dos serviços de urgência, o trecho de depoimento de G06 apresenta que:

“Serviço de saúde parece bicho come-come, aquele que você nutre, nutre, nutre e o bicho cresce, cresce, cresce. Quando eu cheguei na UPA, a UPA funcionava até às 22 horas e depois foi estendendo, aumentou o quadro, aumentou a UPA e ela continua cheia, cada dia mais cheia. E aí a gente percebe que por mais que aumente existe a dificuldade de atender essa demanda sempre crescente.” G06

O gerente reconhece o crescimento da demanda, destaca a extensão do período de atendimento e aponta a dificuldade de atendimento da “demanda sempre crescente”. A esse respeito cabe destacar que, do ponto de vista gerencial, faz-se necessária a administração de diferentes recursos institucionais, dentre os quais destacam-se os recursos materiais, financeiros, tecnológicos e, principalmente, a gestão de pessoas. A diversidade de recursos reflete a complexidade do trabalho na saúde e a necessidade de profissionais com competências diferenciadas para o exercício da gerência.

A situação de saúde brasileira vem passando por mudanças que caracterizam as complexas demandas dos serviços de saúde. A transição demográfica, epidemiológica e nutricional acelerada, marcada pela tripla carga de doenças, caracterizada pela prevalência das doenças crônicas, pelas causas externas e pelas doenças transmissíveis que ainda afetam uma parcela considerável da população, constitui-se um alarme para o sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2011).

Aliada a essa situação, é identificada a baixa resolutividade do sistema de saúde voltado prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (PAIM *et al.*, 2011; MENDES, 2011).

De acordo com a percepção de G09, a grande demanda e a diversificação das necessidades de saúde dos indivíduos atendidos em UPAs, têm influenciado diretamente a capacidade e qualidade do atendimento:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Nesse cenário, a superlotação dos serviços de urgência aumenta o risco de mortalidade para os casos atendidos com atraso e causa descontentamento para os usuários, independente da gravidade do caso, além de contribuir para a flexibilização nos padrões da assistência prestada pelos profissionais, resultando em baixa qualidade da assistência prestada (SANTOS *et al.*, 2003; O'DWYER, 2010).

Mediante o apresentado, do ponto de vista do profissional de saúde, o lidar com um cotidiano de tensão inesperado e com uma demanda tão diversificada pode colocar o profissional em situações que implicam até mesmo questões éticas do processo de trabalho.

O gerente ressalta, ainda, nesse depoimento, sua figura como trabalhador em saúde, que vive sob estresse, além de ter como uma de suas funções a gerência de conflitos entre profissionais e/ou usuários. Conflitos esses, advindos de questões estruturais e da ausência de

disponibilização de recursos. Logo, a solução desses conflitos se distânciava da governabilidade do gerente intermediário, ilustrado na imagem escolhida por G09.

Cabe considerar a diferença entre atender à demanda e assegurar a qualidade no atendimento desta. Neste sentido, a qualidade é um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde. Os atendimentos prestados nos serviços de saúde têm qualidade quando são ofertados em tempo oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para os indivíduos atendidos; faz-se de forma humanizada; satisfazem as expectativas dos usuários; e são equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ *et al.*, 2004 *apud* MENDES, 2011).

A esse respeito, observa-se que o atendimento nas UPAs deve ser focado não apenas na busca contínua pelo atendimento da demanda, mas também na busca pela qualidade do atendimento, que aponta para a necessidade de articulação das UPAs com os demais serviços da rede. Destaca-se ainda que a busca pelo cuidado com enfoque real no usuário e não apenas em sua patologia, parece trazer benefícios, não apenas para o usuário, como também para o trabalhador.

Em relação à demanda atendida nas UPAs, são apontados, pelos sujeitos da pesquisa, aspectos que extrapolam as questões objetivas e alcançam as demandas reais dos usuários e dos serviços que são originadas da desarticulação dos serviços de saúde e de outras questões sociais:

“Tem morador de rua que frequenta a unidade, mas a gente não pode selecionar esse tipo de pessoa ao entrar na unidade, porque alguma queixa ele tem para registrar, mas a gente sabe que ele está vindo por causa de alimentação, tomar banho, às vezes não tem um lugar melhor para ele ficar, aí ele não quer ir embora.”G09

“Usam álcool, drogas no geral. Usam muito e das diversas faixas etárias. Ele vai vir, eu vou tirar ele da crise, eu vou dar o suporte para dor precordial que ele está tendo, ele vai sair daqui, Daqui a 12 horas, 24 horas ele tá voltando com o mesmo problema.”G11

“Violência doméstica tem muito, violência contra criança e negligência, atendemos muito, e aí até mesmo do idoso, e aí bate aqui, chega aqui para gente. E aí nós temos que dar encaminhamento, muitas vezes, o encaminhamento que a unidade básica já fez ou poderia ter feito e que esbarra também nas políticas sociais.”G11

“A questão da saúde mental é um problema, é feita toda a hospitalização, mas nós não temos casa de apoio para dar suporte para essas pessoas, evoluiu muito com os centros de convivências, só que eles não dão conta da demanda.” G11

Observa-se que as demandas das UPAs são muito maiores do que a sua capacidade de atendimento. A UPA, serviço componente da rede de urgência caracterizado como pré-hospitalar fixo, é porta aberta para demandas sociais, culturais, biológicas, psicológicas, entre

tantas outras. Porém, as diversas necessidades de saúde caracterizadas nos relatos apontam a fragilidade das mesmas em garantir atendimento resolutivo. Essa questão é reforçada pelo relato de G16:

“A gente tem a nossa missão que é abordar, que é tratar aquela queixa, no momento em que o usuário está apresentando, mas esse usuário ele tem essa queixa, ele tem essa condição de saúde baseada em uma história, no caso das UPAs a gente não consegue recuperar, e tem a dificuldade no momento que esse usuário sai daqui, no momento que ele recebe a alta ou que ele vai para o hospital, aí é como se a gente de fato perdesse esse usuário.”G16

O discurso de G16 traz à tona às dificuldades e a falta de resolutividade da UPA no que concerne ao atendimento de indivíduos com problemas que demandam assistência contínua e o vínculo entre o usuário e equipe de saúde.

Mediante o apresentado, os sujeitos percebem a UPA como um serviço isolado, sem integração com os demais serviços de saúde e, principalmente, com a APS, tornando-se um serviço pouco resolutivo que produz impacto insuficiente sobre os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população.

De acordo com Schmidt e colaboradores (2011), para que as UPAs não se configurem como serviços que reforçam um modelo inadequado para a assistência à saúde no contexto atual, estas precisam estar integradas à ESF e aos demais dispositivos da rede. Assim, a integração dos serviços que compõem o sistema de atenção à saúde é fator que predispõe à proposta de organização e de estruturação da RAS.

A busca indiscriminada da população pela UPA também configura um desafio para a estruturação da rede:

“A UPA fica aberta 24 horas, então paciente que vem e procura a UPA e não procura o Centro de Saúde, porque ele acha que na UPA vai ser resolvido o problema dele com mais rapidez. Por exemplo, se eu chegar ao Centro de Saúde, eu não sou grave, mas o paciente vai pedir um exame que eu vou demorar 15 dias pra fazer ele prefere vir na UPA e fazer aquele mesmo exame no mesmo dia.” G23

No depoimento de G23, percebe-se a preferência da população pela utilização da UPA, em detrimento do centro de saúde. A busca pelo atendimento imediato é a justificativa apresentada por um dos gerentes:

“O serviço de urgência ele tem uma busca muito grande, principalmente pelos usuários, por várias questões, muitas das vezes até pessoal: “ali eu vou e resolvo!”, “ali eu vou e eu tenho tudo naquele dia!”E isso acaba trazendo sobrecarga ou uma busca indevida e aí prejudica a missão da UPA, que era especificamente ao paciente que dela demandasse pela gravidade da patologia do momento.” G15

Em estudo realizado por Carret e colaboradores (2009) sobre a utilização inadequada de serviços de urgência, os autores descrevem que indivíduos frequentemente procuram estes serviços para obter atendimento imediato, a fim de realizar testes e administrar medicação para aliviar os sintomas. No entanto, os autores reforçam que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves, porque esses últimos, ao optarem pelos serviços de urgência para o seu atendimento, não têm garantido o seguimento do mesmo.

A respeito do estudo mencionado, as estratégias apontadas para minimizar este desafio foram: a realização de acolhimento qualificado pela APS com triagem eficiente de forma a atender rapidamente os casos que não podem esperar e o esclarecimento da população acerca das situações em que devem procurar o serviço de urgência e sobre as desvantagens de se consultar o serviço de emergência quando o caso não é realmente urgente (CARRET *et al.*, 2009).

No contexto atual, as UPAs vem assumindo funções dos outros níveis de atenção à saúde, conforme evidenciado nos relatos apresentados:

“Acho que hoje a rede de urgência de Belo Horizonte, ou de qualquer lugar sem uma UPA, é impossível, porque ela desafoga o hospital, resolve muita coisa. Ela resolve problema que a atenção básica não resolve, e muitas vezes resolve problema que teria que ser resolvido no hospital, resolve a urgência toda, então assim, é porta de entrada do usuário.”G07

“A UPA acaba fazendo funções que não são funções de uma Unidade Pré-Hospitalar de Urgência Fixa. A gente acaba atendendo pacientes da atenção primária que não estão procurando atenção primária ou que estão procurando e às vezes não estão tendo a resposta que eles precisam para as demandas deles e pacientes também que já seriam de nível hospitalar para internação hospitalar, para uma atenção especializada e que acabam ficando aqui na UPA muitas vezes tratando aqui.” G03

Os depoimentos de G03 e G07 parecem apontar que a UPA assume responsabilidades da APS e do nível terciário. Esta situação parece necessária em fase da atual conjuntura dos serviços de saúde do Município de Belo Horizonte.

No entanto, os relatos trazem à tona a discussão a respeito da capacidade resolutiva das UPAs mediante responsabilidades assumidas no atendimento de casos que deveriam ser da APS ou do nível terciário. O depoimento de G14 aponta a necessidade de que cada nível de atenção à saúde cumpra seu papel para que a UPA possa oferecer um atendimento com qualidade a um público específico:

“... então não dá nem pra programar atividades para o agudo, nem para o crônico, porque a gente fica meio que nessa mistura que interfere com certeza na qualidade. Na realidade, o que tinha que haver, é justamente, os objetivos que são da unidade de pronto atendimento, deveriam ser cumpridos, o que cada unidade é responsável pelo seu atendimento deveria ser melhor pactuado, e a UPA ela acaba recebendo tudo, a UPA é igual coração de mãe, ela acaba recebendo tudo.”G14

Para Chaves e Anselmi (2006), a utilização adequada dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde é necessária para estabelecer fluxo regionalizado, atendendo às necessidades dos usuários de maneira organizada. Sendo assim, a duplicidade de serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado nos níveis de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade, a equidade e racionalidade de gastos.

Os relatos de G01 e G09 apontam a situação em que a UPA assume cuidados que demandam um nível de atenção à saúde de maior densidade tecnológica:

“A UPA vira Hospital, por que tem paciente que chega, é tratado e recebe alta dentro da UPA, às vezes permanecendo aqui no período de uma semana até 10 dias.” G01

“Isso aqui é igual hospital, na verdade é uma UPA, o paciente fica aqui dias, esperando internação.”G09

Conforme explicitado, encontra-se no cotidiano das ações em UPA o atendimento a indivíduos com período de permanência superior a 24 horas e/ou que demandam assistência de alta complexidade, configurando na presença de internações em UPA.

A infraestrutura necessária para a implantação de UPA foi definida primeiramente pela Portaria do MS n° 2.048 de 2002 e, em 2009, pela Portaria n° 1.020. Essa última encontra-se em vigor e define a UPA como: “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UAPS e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.” (BRASIL, 2009, p. 02).

A Portaria do MS n° 1.020 (2009) estabelece diretrizes para a implantação das UPAs e apresenta o planejamento e organização de recursos humanos, materiais e de infraestrutura, considerando o período máximo de permanência do usuário de até 24 horas. Desta maneira, observa-se um distanciamento entre o preconizado e o real, que gera inúmeros problemas para a equipe de saúde do serviço, assim como implicações na qualidade do atendimento prestado.

Os relatos a seguir apontam a falta de capacidade estrutural da UPA para o atendimento a situações que demandam maior complexidade assistencial:

“Uma UPA é diferente de um hospital de grande porte, em um hospital, em outras instituições você tem tudo que precisa, você está dentro de um CTI tudo o que você precisa está ali dentro.”G22

“Por que eu tenho paciente aqui e ele tem uma bactéria multirresistente, e o antibiótico a gente não tem e aí?” G17

“[...] voltando ao ponto que dificulta, a gente não tem CCIH {Comissão de Controle de Infecção Hospitalar} nas UPAs.” G20

Os depoimentos reforçam a falta de capacidade estrutural das UPAs para garantir qualidade no atendimento que deveria ser realizado em serviços terciários. Esta questão é observada por dois dos gerentes sob pontos de vista diferentes:

“Os facilitadores na questão de insumo, nós temos respiradores hoje que não tínhamos, é um respirador portátil pelo próprio credenciamento da unidade. É um facilitador de você ter ali a estrutura, todo o arsenal que está sendo acrescentado agora, nós estamos recebendo gasometria, lactato que é uma coisa que a gente não tinha, noradrenalina, que a gente não tinha, e teve um avanço de antibióticos então nos temos hoje um tratamento aqui dentro da UPA.” G20

“A proposta dessa gerência de urgência atual não é aumentar leitos nas UPAs, porque a UPA não é um hospital, é na verdade aumentar a rotatividade desse paciente que é o maior desafio da gente.” G07

Observa-se, no relato de G20, um posicionamento favorável à adequação da UPA para o atendimento de casos de maior complexidade e, no depoimento de G07, um posicionamento desfavorável a essa questão, reforçando a função da UPA como serviço intermediário.

Tal situação propõe uma reflexão sobre a importância desse serviço na rede, um serviço que é proposto como elo para os demais serviços de saúde, com a função de retaguarda para UAPS e estabilização de pacientes críticos. Porém, um serviço que se encontra em um sistema de saúde que possui fragilidades, e o reflexo dessas é observado e vivenciado no cotidiano das UPAs, que não foram planejadas e organizadas para tamanha responsabilidade.

Percorrendo esse cenário, depara-se com a equipe de saúde das UPAs, com responsabilidade profissional legal e ética, que, em algumas situações, se desdobra para prestar a assistência necessária, porém não prevista, para ocorrer na UPA. Ainda neste caminho, estão os indivíduos atendidos, que dependem da assistência de outros serviços de saúde, mas que, naquele momento, encontram-se na UPA e não possuem a possibilidade de atendimento em outro serviço. “Como (não) assegurar o atendimento necessário?” Um conflito vivenciado diariamente por inúmeros profissionais de saúde no cotidiano das UPAs.

De acordo com o proposto pela PNAU, as UPAs devem ser habilitadas para prestar atendimento correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade, cabendo a este serviço:

“Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e

referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes) [...]”(BRASIL, 2002, p. 10).

A lacuna entre o proposto a partir das legislações pertinentes para a organização das UPAs e a realidade dessas instituições parece contribuir para que os gerentes identifiquem a falta de definição de responsabilidades para UPAs. O depoimento de G07 ressalta o desafio entre o preconizado e a realidade dos serviços de saúde:

“É uma rede muito assim, na teoria ela é muito bem determinada, com cada função para cada serviço. Só que o desafio é tentar colocar em prática o que está no papel.”G07

A necessidade de serviços integrados e de funcionamento adequado de todos os níveis de saúde é evidenciada como fator que predispõe à estruturação da rede. A UPA como um equipamento de saúde isolado é ineficaz e não resolutiva, como apontado por G02 ao escolher a figura de gibi:

Figura 9 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Na verdade é você não ter apoio dos outros serviços, da minha referência para paciente grave, eu não ter o apoio do centro de saúde para os pacientes que deveriam ser atendidos lá, dos hospitais que deveriam ter os leitos vagos, ficar sozinho. Realmente a UPA não daria conta de se manter sozinha, ela precisa de todo um aparato, de outras estruturas organizacionais para se manter funcionando”. G02

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Esse depoimento sinaliza a fragmentação da atenção à saúde, em que os serviços se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

A respeito da estruturação da rede, o trecho do discurso de G10 mostra a necessidade de funcionamento adequado dos diferentes níveis para que a UPA possa desempenhar seu papel de maneira eficaz e resolutiva:

“É importante que cada serviço desempenhe as suas funções para que a UPA possa cumprir também a sua função, que é atender de porta aberta. Então, tem que estar o serviço todo funcionando de uma forma integrada, para que eu possa continuar funcionando como porta de entrada de urgência e emergência!” G10

O gerente reconhece que a UPA constitui-se em porta de entrada para as urgências, e que cabe a este serviço receber o indivíduo que busca assistência, porém, como um serviço isolado, a UPA não possui resolutividade.

Nesse contexto, os relatos apresentam falhas existentes em outros pontos do sistema como desafio que contribui diretamente para a falta de resolutividade das UPA. A respeito das falhas ainda presentes nas unidades:

“Acho que o principal ajuste que tem que ser feito na rede é melhorar, qualificar e aumentar a oferta para demanda da rede básica” G01

Os problemas enfrentados pela APS nos municípios brasileiros, como por exemplo, dificuldade de manejo de demanda espontânea e horários restritos de funcionamento, comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Assim, os serviços de urgência assumem, em alguns momentos, a condição de porta de entrada do sistema de saúde, conforme apresentado:

“... o PSF tem algumas questões que eles têm que resolver, porque senão vai continuar batendo na nossa porta, na porta da urgência...” G06

Os serviços de urgência aparecem como reguladores do sistema de saúde, mas esta regulação deve ser temporária. A APS com equipe multiprofissional que realmente acompanhe os indivíduos, com PSF mais estruturado, deve assumir a coordenação do sistema (O'DWYER, 2010).

A falta de profissionais e principalmente do profissional médico compromete a estruturação da APS e aparece em alguns depoimentos:

“...a gente tem muito problema no déficit de profissionais no centro de saúde, acaba que a rede básica ela não comporta a demanda dela, então a gente recebe muito paciente que deveria ser da rede básica e a rede básica diz que não tem como receber este paciente de volta...” G06

“... existe uma dificuldade da atenção básica de tá absorvendo este paciente, esta dificuldade às vezes é muito caracterizada pela falta do profissional...” G16

“a UPA, ela funciona como um suporte nessa questão da saúde, no centro de saúde, não é para dar suporte para o centro de saúde porque ele não tem profissional médico lá, não é essa função da UPA, ela é função pra gente tentar resolver para o paciente aquilo que a rede básica não consegue fazer lá.” G23

O quantitativo de profissionais para uma determinada população adstrita implica diretamente na qualidade do serviço prestado. Assim, a insuficiência de profissionais na APS gera um impacto direto sobre os demais serviços da rede e sobre a satisfação dos indivíduos com a assistência prestada neste nível de atenção (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Uma das explicações para o aumento da demanda nos serviços de urgência são as lacunas que ainda permanecem na APS. Dessa forma, a criação e implantação das UPAs como iniciativa para aumentar o acesso, pode levar a uma segunda porta de entrada para o sistema de saúde (PUCCINI; CORNETTA, 2008; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Os gerentes também evidenciam falhas no setor terciário que influenciam diretamente o funcionamento das UPAs:

“Um desafio mesmo, por causa das dificuldades da rede, você conseguir vagas nos leitos dos hospitais, porque isso aqui é uma UPA, não tem toda a dinâmica de um hospital. Então, há uma dificuldade, às vezes, você não sabe o que fazer para conseguir dar vazão ao paciente que você está vendo que precisa. A dificuldade é por causa da rede mesmo, do órgão público, da falta de vaga dos hospitais.” G12

“É uma rede, então, às vezes a atenção básica não resolve, manda muito paciente para UPA, que poderia ser resolvido na atenção básica. A UPA atende, e depois a maioria libera, mas têm alguns que ficam agarrados, com uma complexidade maior, aí você não tem uma retaguarda do outro lado. Acho que o maior problema é justamente uma retaguarda para uma complexidade maior”. G07

A insuficiência de leitos hospitalares públicos é uma realidade em todo o País. O Brasil possui 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público. 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos (PAIM *et al.*, 2011).

A densidade de leitos hospitalares no Brasil em 1993 era de 3,3 leitos por 1.000 habitantes. No ano de 2009, este indicador caiu para 1,9 por 1.000 habitantes, bem mais baixo que o encontrado nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), com exceção do México (1,7 por 1.000 habitantes em 2007) (MENDES; MARQUES, 2009).

O depoimento de G03 reforça o papel da UPA na conjuntura atual dos serviços de saúde. Frente aos desafios inerentes à APS e ao nível terciário, a UPA aparece como “válvula de escape” desses serviços:

“A gente faz funções de vários níveis, e não apenas as funções para que a UPA foi criada, o objetivo dela, mas também atribuições de outros níveis da rede.” G03

Para Rocha (2005), a UPA se tornou uma “válvula de escape” no atendimento às populações, servindo como porta de acesso imediato para o cidadão. Neste sentido, este serviço vem atendendo a uma demanda cada vez maior de pessoas com as mais diversas necessidades de saúde.

As falhas apontadas nos relatos referentes às questões estruturais dos outros níveis de atenção à saúde refletem nas UPAs e constituem em um desafio para a estruturação da rede, pois permeia os diversos serviços que compõem o sistema público de saúde. Assim, os gerentes apontaram certa indefinição para as responsabilidades da UPA, e para sua real missão no cenário de formatação da rede:

“Então, na realidade, o centro de saúde manda, o hospital não recebe, para aqui e acaba tratando aqui na UPA. Na realidade, existem os papéis definidos para a atenção básica, e nível terciário, mas não definidos para nível secundário.”G14

O cenário dos serviços de urgência no Brasil sofre o maior impacto da desorganização do sistema público de saúde sendo alvo de críticas direcionadas a superlotações e à qualidade do atendimento prestado nestes serviços (O'DWYER, 2010).

O aumento constante na busca por serviços de urgência é observado em todos os países e provoca pressão sobre as estruturas e os profissionais de saúde. Desta forma, sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta, sendo que o aumento da oferta sempre ocasiona aumento da procura, gerando um sistema de complexo equilíbrio. Assim, a implementação de estratégias regulatórias e alternativas de racionalização tem sido escolhas pertinentes para este cenário (MENDES, 2011).

A indefinição dos papéis das UPAs apresentada pelos sujeitos e a dúvida a respeito da real missão desses equipamentos de saúde por parte dos gerentes dos serviços foram descritas como um desafio, por considerar que a ação gerencial é determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde, sendo portanto, instrumento para a efetivação de políticas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

O trecho do discurso de G12, ilustrado com a figura escolhida, apresenta a dúvida do gerente em face da inserção da UPA no sistema de saúde:

Figura 10 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Tenho a impressão de que não sabemos o que vamos encontrar, o que vai acontecer, qual a posição dessa unidade para atenção á saúde.” G12

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Mediante o relato, constata-se o questionamento por parte dos gerentes de UPA, de como este serviço está inserido na rede que vem sendo estruturada no município de Belo Horizonte.

A despeito da implantação das UPAs mediante a organização dos serviços de saúde em rede, estas compõem a rede de resposta às urgências de média complexidade, mas sem retaguarda hospitalar acordada não é resolutive.

De acordo com a implantação das Redes de Atenção às Urgências discutidas em Minas Gerais sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde (SES), a implantação das UPAs promove a desresponsabilização dos hospitais pelo atendimento de urgência de média complexidade. Como estas estruturas constituem uma porta aberta para todas as urgências, a proposta é a ligação das UPAs a um hospital de referência por contrato de gestão e com definição clara do papel de cada um (CORDEIRO JÚNIOR *apud* MENDES, 2011).

A definição do papel da UPA no cenário de construção da rede não parece clara de acordo com o relato de G18, baseado na figura do gibi:

Figura 11 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Às vezes eu não sei exatamente como a UPA está inserida, o piteco é a UPA, e ele está ajudando, fazendo um esforço danado para ajudar, está se esforçando muito, mas a rede que é essa aqui está imaginando outra coisa, pensa outra coisa da UPA.” G18

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Em estudo realizado sobre determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários das UPAs da SMS de Belo Horizonte, a autora ressalta que os profissionais chamam atenção para o papel que executam hoje e para o que deveriam desempenhar da maneira como o sistema prevê (ROCHA, 2005).

O atendimento de uma demanda que ultrapassa a capacidade de oferta de serviços da UPA parece ser a causa da percepção dos gerentes de indefinição de funções para este locus de atenção à saúde. Assim, o depoimento de G14 reforça a percepção sobre a falta de clareza das responsabilidades das UPAs:

“Um centro de saúde tem o que ele preconiza para atendimento, cada hospital de referência preconiza o que atender e a UPA atende tudo.” G14

Mesmo após a implantação da PNAU, os serviços de urgência ainda possuem inúmeras fragilidades, caracterizadas nos centros urbanos pela incipiente ordenação dos fluxos e descentralização da assistência (GARLET *et al.*, 2009).

As UPAs estão sendo implantadas em todo o país, como um novo incremento para a expansão das Redes de Atenção às Urgências, tem-se a proposta de um novo espaço de atenção diferenciado dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou pronto-socorros. Conforme O'Dwyer (2010), este novo espaço de atenção é caracterizado pela regionalização, qualificação da atenção e pela interiorização com a ampliação do acesso.

Outro desafio apontado nos depoimentos refere-se à relação incipiente entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais. A falta de integração entre os serviços de saúde aparece relacionada à indefinição de protocolos e diretrizes para cada serviço:

“Acho que a integração não é só a integração de conversa, é a integração de protocolos, diretrizes para cada serviço pactuado, porque não adianta todo o resto sobrar para UPA, na realidade a divisão mesmo das funções deste atendimento”.G14

Para a estruturação da rede, para integração dos serviços, é necessário que os atores envolvidos neste processo, que compõem a dinâmica dos serviços de saúde, estejam envolvidos e comprometidos na utilização de tecnologias necessárias para esta integração, sendo elas duras, leve-duras e leves.

A integração dos serviços é um dos objetivos da estruturação de RAS, de acordo com a Portaria do MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Conforme o MS (2010), a RAS significa a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, sendo capaz de incrementar o desempenho do sistema de saúde, em relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Nesse sentido, nota-se, no relato de G19, ilustrado pela Figura 12, que a falta de integração entre os serviços contribui para ineficiência destes:



“As vezes tem uma demanda aqui dentro de encaminhamento de paciente ou precisamos de algum suprimento e a gente não consegue, a gente fica aqui todo quebrado, todo estropiado realmente tentando resolver aquilo e quem poderia resolver fala assim: “olha, eu não posso resolver para você agora, não tem como”, e sai andando e me deixa aqui.” G19

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A falta de integração e articulação entre os níveis de atenção primário, secundário, terciário e sistemas de apoio e logísticos é característica dos sistemas de saúde fragmentados que não são capazes de ofertar uma atenção contínua longitudinal e integral e funcionam com ineficiência e baixa qualidade (MENDES, 2011).

Conforme destacado por G05, são necessários muitos avanços para que haja a integração dos serviços de saúde:

Figura 13 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Existem muitos centros de saúde, outras unidades de saúde e as UPAs ficam inseridas nesta multidão. Acho que elas ainda ficam muito sozinhas, acho que nos temos que avançar muito ainda nestas relações.”G05

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

O reconhecimento da necessidade de avanços nas relações entre os serviços de saúde condiz com a percepção de que os sistemas fragmentados devem ser substituídos, sendo que estes já estão ultrapassados e não atendem à condição de saúde atual da população brasileira.

A organização das RAS no sistema de saúde brasileiro refere-se à proposta de sistemas integrados, com intuito de prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica para uma população adstrita (MENDES, 2011).

Ao falar da estruturação da rede, os gerentes pontuam a integração e evidenciam a sua importância no campo da micro e macropolítica. Os depoimentos de G02 e G10, ilustrados pela figura 14, ilustram o posicionamento dos gerentes mencionados:

Figura 14 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Está todo mundo unido, um do lado do outro, o trabalho tem que ser assim, ter uma união da rede toda, ela tem que trabalhar em conjunto. É claro que tem uma chefia maior que vai nos direcionar, mas todo mundo trabalhando unido o serviço vai funcionar melhor, que cada um faça o seu papel, que o centro de saúde faça o seu papel, o hospital o dele, e a UPA também e aí acaba que a gente consegue esta integração da rede”.G02

“Para trabalhar em rede, tem que ter pactuações feitas, trabalhar em nível distrital, em nível central, na própria região da grande BH. Com trabalho em equipe, com pactuações feitas, para que possa ser desempenhado da melhor forma possível. Trabalhar em equipe, trabalhar em rede.” G10

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

No contexto dessa discussão, a integração dos serviços de saúde tem como objetivo final a integralidade e equidade, sendo esses princípios do SUS. De acordo com Cecílio (2001), a luta pela equidade e integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde. Assim a integralidade deve perpassar o campo da micro e da macropolítica.

Nesse sentido, considera-se que um dos ângulos da integralidade é representado pela inserção do serviço no sistema de saúde e articulação deste com os demais (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Ainda a respeito da integração dos serviços, G11 ressalta que a mesma não deve se restringir aos serviços de saúde, mas deve ocorrer a busca pela integralidade entre diferentes serviços e setores:

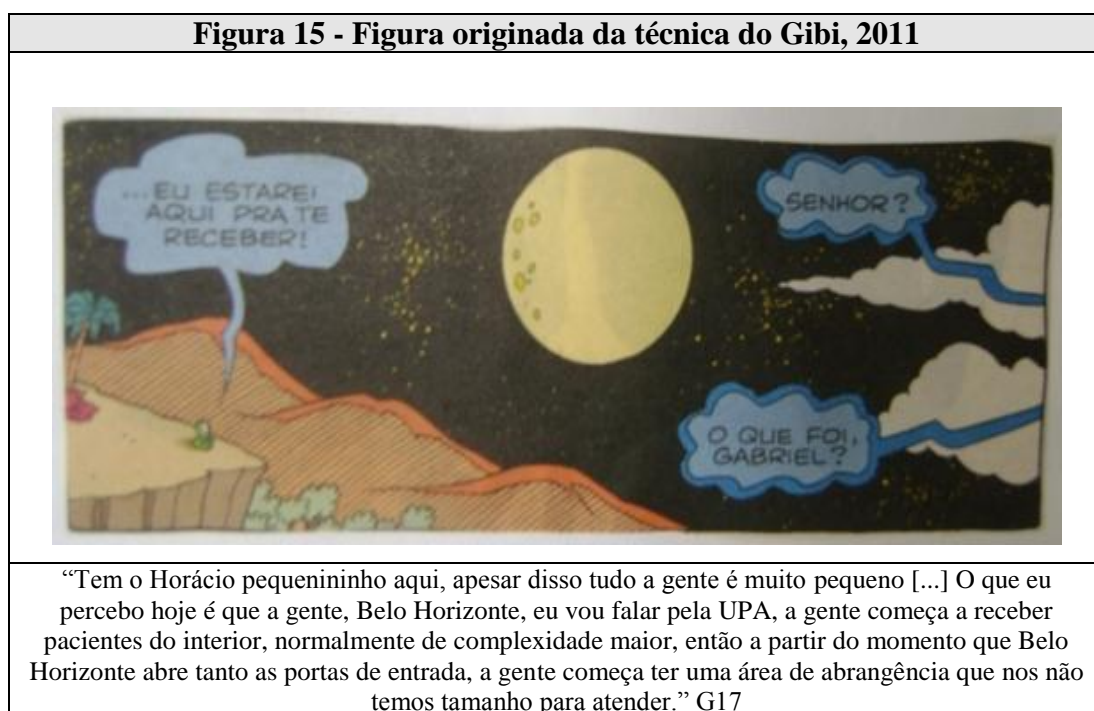
“Tem que ter solidariedade, vai desde a solidariedade com as outras secretarias, vai da secretaria do abastecimento, secretaria de educação e cultura, da assistência social como um todo, senão não tem jeito, tem um morador de rua ali fora, está me

incomodando está deitado na minha porta aí eu ligo para o SAMU, SAMU tira ele daqui, para onde que o SAMU vai levar? Para UPA.” G11

A integração necessária ultrapassa o sistema de saúde e requer a integração entre setores de serviços diferenciados. Nessa perspectiva, o trabalho intersectorial foi descrito pela OMS como uma das modalidades de integração das RAS (MENDES, 2011).

Assim, a integração é entendida como um meio para melhorar o desempenho do sistema, com a oferta de serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que satisfaça aos indivíduos atendidos (BRASIL, 2010).

Outro aspecto que emergiu dos depoimentos foi o atendimento a demandas de outros municípios. O relato de G17, ilustrado pela Fig 15, retrata a falta de estrutura da UPA para esse atendimento:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A respeito da área de abrangência dos serviços de saúde, destaca-se a importância da NOAS/2001 (BRASIL, 2001) que estabeleceu polos regionais de saúde, a fim de evitar a ineficiência da prestação de todos os níveis de assistência em cada município. Neste documento, a ênfase na municipalização dá lugar à regionalização (BRASIL, 2001; GUIMARÃES; AMARAL; SIMÕES, 2006).

A proposta de reorganização da Rede de Urgência de Minas Gerais considera que as fronteiras tradicionais se modificam na rede, sendo necessário um novo modelo de

governança e custeio, compartilhado por uma macrorregião (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2008 *apud* MENDES, 2011).

Nesse contexto, os consórcios intermunicipais de saúde constituem importante instrumento de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde, ao considerar a estruturação da RAS. Porém, as bases territoriais, definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização; o não cumprimento as normatizações do SUS, em especial, as normas de pagamento dos serviços de saúde e a baixa capacidade gerencial com que, em geral, operam são problemas que precisam ser superados (MENDES, 2011).

Segundo G20, o atendimento à demanda de outros municípios ocorre devido a deficiências na atenção secundária de determinados municípios:

“Uma coisa que a gente vive muito aqui é a não resolubilidade da cidade vizinha com pacientes que permanecem conosco [...] eles não têm uma atenção secundária muito elaborada, e os pacientes vêm para cá e querem que aqui resolva.” G20

Com relação à deficiência estrutural dos serviços de saúde de alguns municípios, estudo realizado com o objetivo de identificar e analisar a rede urbana da oferta de serviços de saúde nas macro-regiões do Brasil detecta porosidades observadas e aponta deficiências nos serviços intermunicipais de assistência (GUIMARÃES; AMARAL; SIMÕES, 2006).

Os vazios assistenciais são originados da estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso que fez com que a oferta de serviços se concentrasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes (BRASIL, 2006).

O depoimento de G06 reforça essa questão e pontua a responsabilidade da UPA frente à universalidade da assistência à saúde:

“A gente tem muita dificuldade com os municípios vizinhos, por não serem estruturados, a UPA é muito próxima de alguns municípios, a gente não vai deixar de receber e não nega de jeito nenhum, mas parou todo atendimento da pediatria em função de uma criança que poderia ter ido a seu município, se esse município estivesse mais bem organizado.” G06

A existência de grandes vazios na oferta de serviços de saúde, aliada à ausência de equipamentos, instalações físicas e recursos humanos necessários em muitos municípios do Brasil interferem na resolutividade do sistema de saúde e prejudicam a assistência à saúde da população em todos os seus níveis (GUIMARÃES; AMARAL; SIMÕES, 2006).

No cenário do sistema de saúde brasileiro, a atenção às urgências é marcada por uma série de dificuldades, sendo que uma delas consiste na dificuldade na formação das figuras

regionais aliadas à fragilidade política nas pactuações. Assim, a disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde tem sido uma realidade (BRASIL, 2006).

Por isso, a estruturação de RAS propõe a adoção de ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estadual e municipal (MENDES, 2011; BRASIL, 2006).

Nesse aspecto, os depoimentos dos gerentes possibilitaram um (re) conhecimento de dificuldades enfrentadas no cotidiano das UPAs, assim como na dinâmica do sistema de saúde do município de Belo Horizonte. Essas dificuldades foram apontadas como os “desencontros” da estruturação da rede do município, por constituírem barreiras, que parecem ser evidenciadas em todo o sistema de saúde brasileiro.

Os depoimentos e as figuras escolhidas pelos sujeitos deste estudo demonstram o gerente em face aos “desencontros”, sinaliza que o gerente conhece o sistema, porém parecem faltar ferramentas que propiciem a interação com o sistema, assim como com os demais serviços de saúde. Trata-se ainda de uma interação que parece ter que ser desencadeada por meio do reconhecimento dos “desencontros” do sistema e posteriormente planejamento e execução de ações em âmbito institucional que visem a esta integração.

Por conseguinte, todo o contexto de trabalho apresentado nesta categoria previamente analisada remete à importância do trabalho gerencial. Na próxima categoria, serão apresentadas algumas singularidades da função gerencial nas UPAs pesquisadas.

5.3 Singularidades da função gerencial nas UPAs

Nesta categoria, são apresentadas singularidades da função gerencial nas UPAs em face aos encontros e desencontros evidenciados pelos gerentes em seu contexto de trabalho, descrito na categoria anterior. Com base nas falas dos entrevistados, na análise e discussão dos dados, foi possível uma aproximação com questões relativas à função gerencial exercida nas UPAs.

Percebe-se que as práticas gerenciais abordadas pelos sujeitos dizem respeito à atuação dos gerentes no cotidiano institucional, além de enfatizarem o trabalho destes no contexto de formatação da rede. Estes aspectos revelam práticas voltadas para uma articulação em espaços tanto micro como macror organizacionais.

É interessante destacar que, por meio da análise dos relatos, as características da função gerencial descritas por alguns entrevistados são ressaltadas, por um lado, como características comuns a qualquer cargo gerencial, conforme os relatos de G04 e G06:

“...eu que já fui gerente de outras unidades e não vejo nada assim de diferente, as atividades gerenciais são as mesmas.” G04

“Eu acredito o seguinte, as funções gerenciais elas são comuns em qualquer unidade.” G06

Essas colocações reforçam um dos pressupostos da função gerencial, defendido por Henry Mintzberg (1989), que confirma que a função gerencial é a mesma, independente do nível hierárquico, tipo de empresa e área de atividade do gerente.

Por outro lado, ao discorrer sobre as características do processo de trabalho do gerente, os sujeitos apresentam especificidades da organização e de sua cultura, enfatizando particularidades das UPAs, o que designa as singularidades do trabalho gerencial neste cenário de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, para Davel e Melo (2005), existe certo consenso entre os pesquisadores em dizer que o trabalho gerencial é contingente à função, ao nível ocupado pelo gerente, às características organizacionais, assim como ao ambiente e à cultura organizacional. Afirmam que quanto mais os gerentes forem capazes de mergulhar na dinâmica cultural e simbólica da organização em que trabalham, maior a capacidade destes em desempenhar o seu papel e atingir os objetivos da organização (DAVEL; MELO, 2005).

A partir das evidências deste estudo, foi possível observar a relação entre as práticas gerenciais desenvolvidas e as questões específicas de cada organização e de cada meio em que esta está inserida. Tal fato ressalta a coerência e relevância da proposta deste trabalho.

Para melhor entendimento, as singularidades da função gerencial em UPAs estão descritas em duas sub-categorias, a saber: Práticas cotidianas dos gerentes e Desafios inerentes à prática gerencial em UPAs.

5.3.1 Práticas cotidianas dos gerentes em UPAs

Os depoimentos enfatizam algumas práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho dos gerentes, sendo elas: a gestão de pessoas, a gestão de conflitos, a gestão do fluxo de indivíduos atendidos, o planejamento, a avaliação do serviço e a gestão integrada à rede. Algumas dessas atividades são evidenciadas no depoimento de G05:

“[...] você tem que gerenciar recursos humanos, você tem que gerenciar material, fazer planejamento, você tem que fazer uma serie de coisas, por isso que existem as coordenações que eles fazem um pouco disso [...]” G05

As práticas de gestão compreendem a organização e o estabelecimento de condições de trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas para a gestão de pessoas, enfim, os objetivos, os valores e a filosofia da gestão geral (CHANLAT, 2000).

Nesse sentido, as práticas desenvolvidas pelos gerentes em seu cotidiano de trabalho são inerentes à complexidade e ao dinamismo da UPA, considerada neste estudo como uma organização inserida em uma rede em estruturação.

O depoimento de G05 confirma a função gerencial presente, não apenas nas atividades cotidianas dos gerentes institucionais, mas no processo de trabalho dos coordenadores (médico e enfermeiros):

No exercício da função gerencial, os sujeitos apontam para a gestão de pessoas como prática cotidiana e marcada por desafios no cenário dos serviços públicos de saúde.

“[...] uma função que envolve os recursos humanos, esse contato direto com o trabalhador é uma função administrativa mesmo, de burocracia de papéis, de acompanhar prazos, entregas... demandas burocráticas que chegam e você tem que responder.” G20

O depoimento de G20 revela que, no cotidiano dos gerentes, a gestão de pessoas apresenta-se como uma atividade permeada pela burocracia. Em estudo sobre a dinâmica da gestão de pessoas em unidade pediátrica de um hospital, a burocracia foi considerada como uma característica inerente ao setor público (PEIXOTO, 2011).

De acordo com Dutra (2009), a gestão de pessoas deve estar comprometida com o desenvolvimento conjunto das pessoas e da organização. Neste sentido, a gestão de pessoas deve estimular o desenvolvimento dos profissionais para que possam agregar valor à organização, buscando a convergência e a conciliação dos interesses pessoais e organizacionais.

A esse respeito, cabe salientar que as práticas de gestão de pessoas, além de favorecerem a adesão e o comprometimento dos trabalhadores, representam o padrão cultural da organização, desempenhando assim papel importante na construção da identidade organizacional. Dessa forma, os padrões culturais podem ser decifrados e interpretados mediante suas políticas explícitas e implícitas (FLEURY, 2009).

As atividades referentes à gestão de pessoas são apontadas como uma prerrogativa de outros profissionais que não estão ligados formalmente à gerência institucional, conforme apontado por G21:

“[...] demanda muita coisa de recursos humanos, [...] só o gerente fazer não tem jeito, o coordenador médico, o coordenador de enfermagem, o gerente adjunto ajuda... acaba que a gente divide isso.” G21

A alta rotatividade dos profissionais é considerada pelos sujeitos da pesquisa um dos maiores desafios da gestão de pessoas. A esse respeito ressaltam-se os depoimentos de G16 e G20:

“[...] tem um aspecto que eu não citei que diz respeito à rotatividade do profissional técnico de enfermagem ... tem exigido da gente um trabalho bem intenso em relação à gestão de pessoas, que eu acredito que não seja só nesta UPA [...]” G16

“[...] das dificuldades eu acho que tem a ver com o rodízio de profissionais, a urgência é um lugar com alta rotatividade dos profissionais.”G20

Conceitua-se rotatividade de pessoal, ou *turnover*, a flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente, ou seja, o fluxo de entrada e saída de trabalhadores. Esta rotatividade tem sido referida como um dos desafios para a busca do modelo integral de atenção à saúde (CHIAVENATO, 2000; SANCHO *et al.*, 2011).

O depoimento de G16 ressalta a alta rotatividade do técnico de enfermagem. A respeito da equipe de enfermagem, o elevado grau de instabilidade foi evidenciado em estudo que objetivou estimar o tempo de “sobrevivência” no emprego de um grupo de trabalhadores de enfermagem após sua admissão em um hospital público do interior de São Paulo (ANSEMI; DUARTE; ANGERAMI, 2001).

Cabe considerar que o trabalho de enfermagem nas instituições prestadoras de atendimento em urgência e emergência é caracterizado pela exposição frequente a fatores de risco de natureza química, física, biológica e psicossocial, o que apresenta elevados índices de absenteísmo-doença, podendo ainda influenciar na rotatividade da força de trabalho da enfermagem (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

Em estudo realizado sobre a rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, que inclui todas as categorias profissionais, a atenção secundária mostrou índices de rotatividade mais altos, em relação aos outros níveis de atenção à saúde. Ainda neste estudo revelou-se que os maiores índices de rotatividade da força de trabalho na atenção secundária foram evidenciados nos centros de referência em saúde mental e nas UPAs (SANCHO *et al.*, 2011).

A respeito do problema assinalado no item anterior,, há que se chamar a atenção para algumas particularidades no que tange à atuação em serviços de urgência e emergência, em especial nas UPAS, como: superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Estas, somadas à defasagem salarial, à fragilidade do vínculo profissional com a instituição pública e com a função que exerce, constituem desafios para o profissional, acarretando, sobretudo, insatisfação profissional (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Nesse contexto, a insatisfação do trabalhador possui relação direta com a rotatividade da força de trabalho, e, no caso dos serviços de urgência, a insatisfação profissional se constitui como resultado de uma série de questões que envolvem a atuação profissional, o excesso de trabalho e trazem um desgaste físico e emocional aos profissionais de saúde (CHIAVENATO, 2000; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005).

Ainda sobre esse aspecto, salienta-se que a alta rotatividade da força de trabalho possui uma particularidade quando se refere aos profissionais médicos. Para esta categoria profissional, a rotatividade possui relação com a modalidade do vínculo empregatício:

“[...] a gente tem uma dificuldade muito grande com o profissional médico... que seria o contrato, por que a rotatividade é muito grande.” G17

Considerando a política de gestão de pessoas do SUS, diversos mecanismos de incorporação de pessoal e de modalidades de contratação têm sido utilizados com vistas a oferecer respostas mais rápidas às demandas dos serviços. Porém, estes vêm trazendo problemas de ordem legal e gerencial (DAL POZ, 2002).

As modalidades mais comuns de vínculo empregatício nos serviços públicos de saúde são: trabalhador empregado regido pela CLT com prazo determinado; trabalhador empregado regido pela CLT com prazo indeterminado; servidor público regido pelo Regime Jurídico Único; servidor público não efetivo em cargos comissionados, cargos de confiança, contratações excepcionais baseadas em legislação especial; trabalhadores temporários, autônomos contratados como prestadores de serviço; terceirizações e bolsas de trabalho (DAL POZ, 2002).

A SMS de Belo Horizonte apresenta as seguintes formas de contratação: contratação regida pela CLT com prazo indeterminado para o agente comunitário de saúde (ACS) e o agente de combate a endemias (ACE) e a contratação administrativa por tempo determinado para todas as demais categorias profissionais. A respeito da contratação administrativa por

tempo determinado, identificou-se, na SMS, no período de julho de 2008 a junho de 2009, uma alta rotatividade da força de trabalho regida por esta modalidade (SANCHO *et al.*, 2011).

Os depoimentos dos sujeitos evidenciaram aspectos relacionados ao gerenciamento do trabalho do médico em UPA:

“Tem outro ponto, que acredito que reforça muito essa questão de ser um desafio, que diz respeito ao mercado de trabalho principalmente da categoria médica, a gente tem uma dificuldade grande para poder fixar o profissional médico na unidade de pronto atendimento... a gente percebe uma formação ainda deficiente desses profissionais, especialmente nas urgências.”G16

“[...] além de você gerenciar os problemas, você tem que gerenciar a vaidade dos profissionais médicos, é muito difícil lidar com médico, apesar de eu ser médico, é muito difícil você gerenciar médicos.” G07

Desta forma, é discutida a dificuldade de manter o profissional médico nas UPAs aliada à formação profissional deficiente para atuação no cenário das urgências. Albino e Riegenbach (2004) pontuam que a alta rotatividade de médicos em serviços de urgência está relacionada à falta de formação acadêmica adequada durante o período de graduação e pós-graduação e a falta de perfil psico-afetivo do médico que se propõe àquela atividade.

A respeito da atuação do profissional médico em serviços de urgência, o depoimento de G16 apresenta uma diferenciação relacionada à atração e manutenção do médico na unidade hospitalar de urgência e na unidade não hospitalar de urgência, ou seja, na UPA:

“[...] quando é um pronto socorro de hospital, eles se sentem mais atraídos por que aí eles têm uma retaguarda do hospital, do apoio diagnóstico, da propedêutica, das especialidades, agora como a UPA ela tem mesmo uma estrutura limitada, então esse ponto dificulta tanto a atração do médico quanto a fixação desse profissional.”G16

O depoimento de G16 aponta a densidade tecnológica como atrativo para a atuação do profissional médico. Assim, o hospital constitui-se *locus* privilegiado para atuação profissional devido ao modelo biologicista hegemônico que ainda se encontra presente na formação dos profissionais da saúde. Este apresenta características marcadas por currículos organizados em disciplinas e grades curriculares que enfatizam o conhecimento das doenças e o tratamento dos doentes (SAUPE *et al.*, 2007).

Outro aspecto que implica na manutenção dos profissionais de saúde no pré-hospitalar fixo, ou seja, nas UPA, está relacionado aos desafios encarados por estes profissionais neste *locus* de atenção à saúde, como por exemplo, a violência relacionada ao trabalho. Estudo realizado no ano de 2003 entre médicos das UPA do município de Belo Horizonte sobre violência no trabalho constatou que 83,3% dos médicos entrevistados relataram pelo menos um episódio de violência no trabalho nos 12 meses anteriores à pesquisa. Mais da metade dos

médicos pensou em abandonar o trabalho ou pedir transferência em virtude da violência no ambiente (SANTOS-JÚNIOR; DIAS, 2005).

Considerando as práticas gerenciais desenvolvidas nesse *lócus* de atenção à saúde, a gestão de conflitos é evidenciada como uma prioridade de trabalho dos gerentes:

“Como gerente de UPA uma das coisas que mais me marcaram desde quando eu cheguei aqui foi à necessidade de num primeiro momento gerenciar conflito...conflito entre trabalhador-trabalhador, trabalhador-gestor, trabalhador-usuário [...]” G20

Segundo Cecílio (2005), a gestão de conflitos é uma constante no cotidiano dos gerentes de toda e qualquer organização, inclusive das organizações de saúde. Assim, a discussão sobre conflito, tanto no plano social mais geral como em nível das organizações, é extensa.

Entre as diversas definições de conflito descritas por inúmeros autores, Cecílio (2005, p. 510), ao discuti-los como matéria-prima para a gestão em saúde descreve os mesmos como sendo “os fenômenos, os fatos, os comportamentos que, na vida organizacional, constituem-se em ruídos e são reconhecidos como tais pelos trabalhadores e pela gerência”.

No relato de G07, ilustrado com a Fig. 16, os conflitos são apresentados como uma dificuldade, um obstáculo para a prática gerencial:

Figura 16 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Os conflitos, justamente os conflitos, é que mais vão dificultar a gente conseguir alcançar nossos objetivos.”G07

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

O depoimento de G07 reflete certa imaturidade gerencial, tendo em vista que a lógica de fuga dos conflitos pode implicar novos problemas, ou agravamento daqueles já existentes (BRITO, 2004).

Nesse aspecto, os conflitos organizacionais impactam a organização de maneira positiva ou não, dependendo da forma como são conduzidos. Os conflitos administrados como fatores desencadeantes de mudanças pessoais, grupais e organizacionais, impulsionam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade na organização. Já conflitos conduzidos incorretamente interferem de maneira negativa na motivação dos trabalhadores (SPAGNOL *et al.*, 2010).

Portanto, o gerente deve ser capaz de identificar e trabalhar os conflitos de forma proativa, devendo usufruir de conhecimentos e experiências variadas para mobilizar, com propriedade, sua reflexão e julgamento das situações de seu entorno de trabalho (DAVEL; MELO, 2005).

Nessa lógica, o papel do gerente assume uma direção contrária à busca de eliminação do conflito e volta-se para sua gestão, haja vista que o mesmo pode contribuir para o crescimento e desenvolvimento da organização (BRITO, 2004).

Os conflitos discutidos pelos gerentes deste estudo ultrapassam os muros das UPAs e são identificados como aspectos que dificultam a estruturação da rede de atenção à saúde. E, assim, são conflitos que demandam atuação gerencial em diversos níveis da rede :

“Para minimizar os conflitos, a gente precisa dar conhecimento para o pessoal do que é a rede básica, do que são as outras urgências, do que nós somos... para formar essa rede mesmo, então isso também é uma das funções do gerente”. G05

Percebe-se a importância de um gerente envolvido com o contexto macro e micro institucional, capaz de trabalhar a articulação destes contextos visando à integração dos objetivos institucionais com os objetivos da rede de serviços de saúde.

As causas mais comuns das situações de conflito são: problemas de comunicação, estrutura organizacional, disputa de papéis, escassez de recursos, falta de compromisso profissional, maus-entendimentos entre outras (ANDRADE; ALYRIO; MACEDO, 2004).

A capacidade gerencial de identificação das causas dos conflitos e de busca por soluções deve ser aprimorada e desenvolvida. Estes devem ser tomados como tema da gestão, e os gerentes devem ser capazes de compreender o que os conflitos estão dizendo, denunciando-os (CECÍLIO, 2005).

A gestão de conflitos aparece associada à capacidade de liderança do gerente em uma das entrevistas:

“[...] fiquei num papel de mediadora mesmo de escutar o que eles tinham de demanda... sempre trouxe a conversa mais para construção... então a minha maior função quando eu assumi o cargo de gerência foi de escutar e tentar valorizar o que eles sugeriam como propostas de mudanças [...] quando eu percebo que tem muito ruído de queixa eu trago o grupo pra uma conversa, escuto a demanda, escuto a queixa, mas eu proponho a construção [...]” G20

Estudos realizados por Mintzberg entre 1960 e 1970 apontaram que o gerente desenvolve papéis interpessoais, informacionais e decisórios, os quais se desdobram em diversas funções do trabalho gerencial. A função de liderança compõe o papel interpessoal do gerente e envolve a capacidade deste de dar exemplo, de motivar e de mobilizar as pessoas na organização (RAUFFLET, 2005).

O desenvolvimento dos papéis interpessoais, com ênfase para a capacidade de liderança, constitui-se peça chave para o trabalho gerencial no que diz respeito à gestão de conflitos.

Mediante o apresentado, torna-se de fundamental importância a valorização dos conflitos por parte dos gerentes. Estes, por sua vez, devem ser capazes de trazê-los para discussão com envolvimento de toda a equipe. O depoimento de G08, apoiado na ilustração (Fig. 17), destaca a ineficácia na gestão de conflitos, quando estes não são conduzidos de maneira apropriada.

Figura 17 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Então, essa daqui eu coloquei uma figura na qual o Cebolinha está com um rádio que ele fabricou tentando chamar um ET e ele consegue atrair a atenção de todo mundo, todos os animais menos do ET, então, esse aí é um problema que a gente encontra, às vezes é colocado um problema na rede ou na unidade só que o [...] às vezes o problema é colocado de uma maneira errada [...] às vezes não é só falar o problema com as pessoas erradas e às vezes não é só falar sobre o problema... se a pessoa que pode fazer alguma coisa por isso não ficar sabendo não vai ter solução.” G08

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A posição de G08, na gestão de conflitos, condiz com o discutido por Cecílio (2005) sobre os conflitos encobertos, sendo aqueles que circulam nos bastidores, na “*rádio-corredor*” e que não conseguem, nos sistemas de gestão mais tradicionais, ocupar a agenda da direção. Segundo Brito (2004), a adoção de ações de aproximação por parte do gerente com os outros profissionais contribui para diminuir as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho e para a minimização dos conflitos inerentes às práticas gerenciais.

Outra prática identificada no exercício da gerência refere-se à gestão do fluxo de indivíduos atendidos nas UPAs, como mostrado a seguir:

“[...] eu tenho que fazer o fluxo andar, a minha importância é não deixar parar, a UPA veio com um diferencial que não existia em outro lugar: de realmente não superlotar os hospitais e dar um *feed back* para atenção básica, então, a função da gerência é tentar realmente analisar e atuar nisso” G13

Tomando em particular o depoimento de G13, é possível observar a gestão do fluxo de usuários nas UPAs de maneira clara e objetiva. Para o gerente da UPA, a atuação junto aos outros serviços é fato. A UPA só é capaz de cumprir sua missão institucional se considerar e atuar junto aos demais serviços de saúde, como evidenciado no depoimento de G22, ilustrado pela Fig. 18:

Figura 18 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Isso aqui é como uma pausa no meu processo, se eu tiver interrupção em algum momento no ciclo de funcionamento aqui da UPA vai prejudicar. Então eu não posso deixar o processo parar, tem que fluir da melhor maneira possível.” G22

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A “pausa no processo”, ressaltada pelo gerente, reforça a necessidade de interligação entre as práticas gerenciais e a missão da UPA. Assim, a gestão de fluxos aparece como uma importante prática a ser desenvolvida e aprimorada considerando que as UPAs são estruturas de complexidade intermediária, com importante papel de ordenação dos fluxos da urgência.

A respeito do papel de ordenar os fluxos de urgência, o relato de G03 apresenta uma característica relacionada à estruturação da Rede de Atenção à Urgência do município:

“Eu posso encaminhar determinado doente com uma patologia específica para determinado hospital. O SAMU, por exemplo, para trazer um paciente para esta UPA tem que ser um paciente com determinado perfil, uma determinada característica, então, a gente fica nesse controle de fazer com que essa grade ocorra da forma como é pactuada, que essa grade seja cumprida, muitas vezes a gente tem desvios que a gente tem que atuar.” G03

A grade de referência dos serviços de urgência do município de Belo Horizonte é caracterizada como uma ferramenta importante para a gestão do fluxo de indivíduos atendidos nos serviços de saúde (CARVALHO, 2008).

Sobre os encaminhamentos de indivíduos atendidos nas UPAs, com o objetivo de assegurar o fluxo desses na rede de serviços de saúde, observa-se que a imagem do gerente/coordenador contribui diretamente para efetivação desses encaminhamentos:

“[...] às vezes são casos que o paciente já está aqui há muito tempo ou é um paciente grave e não dá para esperar, então eu tento fazer o contato direto, que eu acho que na verdade ele acaba funcionando, a gente acaba tendo uma resolutividade maior, então isso acaba facilitando, não sei se tem um peso quando fala que é o coordenador que está conversando, talvez tenha não sei!” G17

“É diferente, na hora que você está conversando, com outra pessoa da unidade, ou está conversando com o gerente, a responsabilidade fica maior de negar ou não. Então seria esse, contato mesmo. Na grade, seria uma função específica do gerente para obter, pressionar e conseguir um bom resultado.” G07

Essa relação da figura do gerente com a efetividade da gestão de fluxos traz à tona as relações de poder. A esse respeito, destaca-se que:

“[...] independente da caracterização que o poder possa assumir dentro do setor saúde, este se volta aos propósitos decisórios assumindo possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas e se compõe como uma ferramenta para impor direcionalidade ao processo de trabalho em saúde” (VANDERLEI;ALMEIDA, 2007 p. 448)

As relações de poder que permeiam o trabalho gerencial podem contribuir para a efetividade da organização, porém tendem a gerar estruturas excessivamente centralizadas (MINTZBERG, 2006).

Assim, os processos de empoderamento geralmente são marcados por ações administrativas centradas na pessoa do gerente e caminham muito mais para um estilo de

gerência tradicional, isto é, uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços onde ocorra o desenvolvimento da personalidade humana (CAMPOS, 2000; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

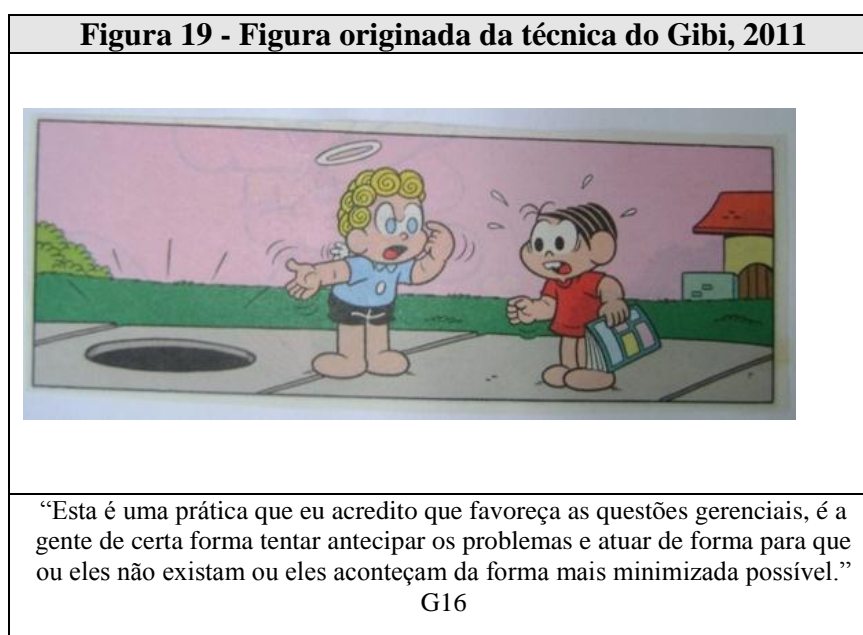
A esse respeito, observa-se que a gestão de fluxo como uma prática exclusiva do gerente pode não assegurar a efetividade. Desta maneira, a gestão de fluxo deve ser considerada ação inerente não só à prática gerencial, mas também ao processo de trabalho de toda a equipe de saúde que atua na UPA.

Na visão de G05, nota-se a gestão do fluxo de usuários atendidos como algo presente nas relações microinstitucionais permeando o ato de produção do cuidado:

“Olhar a situação da UPA, significa saber: que paciente que está agarrado? Por que está agarrado? Por que não saiu a vaga dele? O que está acontecendo com ele? Qual a patologia dele? Se ele mudou de posição ou não? Se ele pode ter alta ou não pode? Se ele vai precisar mesmo de internar ou não? É isso que eu faço.”

Esse depoimento suscita uma questão importante na discussão sobre a estrutura da rede. Qual o limite existente entre a gestão de fluxo de indivíduos nesta rede para a gestão do cuidado? Quais as ferramentas necessárias para gerentes, profissionais e usuários ultrapassarem este limite a fim de garantir o atendimento às reais necessidades de saúde dos indivíduos?

Questões referentes ao planejamento emergiram dos depoimentos. O mesmo consiste em instrumento direcionado à programação das ações cotidianas dos gerentes. A respeito da utilização desse instrumento no cotidiano dos gerentes, o depoimento de G16, baseado na Fig. 19, enfatiza a importância do planejamento:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

O planejamento é considerado um instrumento de gestão capaz de exercer forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos institucionais (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Apesar da importância dele, algumas dificuldades são apontadas para sua execução:

“...acho que nesse ponto eu tenho uma falha porque eu não consigo cumprir com precisão os planejamentos [...] quando eu penso em planejar a semana, como eu tenho fatores externos que interferem nessa agenda, meu planejamento ele acaba ficando sempre em segundo plano” G20

“[...] às vezes, você se programa para uma coisa, vou fazer isso hoje quando você vê não faz aquela coisa, e teve vários outras demandas que foram ocorrendo.” G03

Percebe-se que, no contexto de trabalho dos gerentes de UPAs, o ato de planejar e a execução do planejamento constitui-se um desafio. A diversidade de ações e a dinamicidade que marcam o trabalho gerencial são intensificadas nos serviços de urgência, devido às características próprias dessas organizações. Tal questão é observada nos depoimentos dos gerentes como justificativa para dificuldades na realização do planejamento ou execução do mesmo.

Considerando que as atividades dos gerentes são fragmentadas e comportam uma diversidade de aspectos numa jornada de trabalho, conclui-se que, para a realização do trabalho gerencial faz-se necessária a aquisição e/ou aprimoramento de competências pessoais de programação de atividades aliadas ao desenvolvimento do pensamento estratégico (MINTZBERG, 1994 *apud* RAUFFLET, 2005).

Na percepção de G18, o planejamento aparece relacionado às ações cotidianas do gerente:

“[...] na urgência, não tem jeito de fazer isso, falar na segunda eu vou fazer isso, isso, e isso, então eu parei, não que eu tenha parado de planejar o dia, agora eu planejo a tarefa mesmo, assim, eu preciso fazer um protocolo, por exemplo, agora eu tenho que fazer um protocolo, um protocolo de acidente de material biológico, então eu coloco uma meta, então eu tenho até o dia tal para terminar isso, se eu vou fazer tudo na segunda ou na terça não importa, o que importa é que eu tenho que fazer de acordo com a demanda aqui da UPA” G18

Nota-se, no depoimento de G18, uma dificuldade para realização e execução do planejamento pelos gerentes. Tais dificuldades estão relacionadas ao contexto dos serviços de urgência marcados pela imprevisibilidade e dinamicidade. Em face dessas dificuldades, o gerente desenvolve estratégias para a execução do planejamento.

Na visão de G14, o planejamento não faz parte de seu dia-a-dia, apesar de sua importância:

“[...] planejamento é uma coisa que eu sinto falta, de um planejamento diário. Chegar [...] eu faço essa atividade, essa atividade, no geral é apagar fogo, eu acho que isso resume.” G14

O ato de planejar é considerado por Merhy (1995) de maneira ampla como “modo de agir sobre algo de modo eficaz”. O desprovimento desta ferramenta no trabalho gerencial tem implicação direta na efetividade e resolutividade desta prática. No caso do gerenciamento de UPAs, observa-se a dificuldade para realização do planejamento, a qual pode estar relacionada à falta de capacitação dos gerentes desses serviços para tal ação, conforme verificado na descrição do perfil destes profissionais: 66,7% dos gerentes das UPAs não possuem nenhuma qualificação na área gerencial.

O planejamento é apontado como uma das funções gerenciais desde os primeiros estudos que buscaram caracterizar o trabalho gerencial. Henry Fayol propôs entre vários conceitos, o de planejamento como forma de concepção teórica do trabalho gerencial (DAVEL; MELO, 2005).

Percebeu-se nos relatos uma discussão a respeito do planejamento marcada pela simplificação deste instrumento, utilizado exclusivamente para a programação de ações cotidianas do gerente e não como ferramenta para a organização institucional. Mediante o apresentado, o gerente configura-se como executor de ações e não como um agente reflexivo de sua prática.

Numa lógica micro institucional, os sujeitos demonstram, por meio de seus relatos, a avaliação como prática gerencial desenvolvida nas UPAs:

“Chego, avalio, dou uma passada na recepção, vejo se tem muito paciente com AIH [Autorização de Internação Hospitalar], avalio e vejo se tem pacientes graves na sala de emergência, faço intervenção junto à rede de referência.” G11

Dentre várias definições, Contandrioupolos e colaboradores (2002, p.31) propõem que avaliação consiste: “fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

Dessa maneira, o ato de avaliar descrito enquanto prática dos gerentes de UPA encontra-se relacionado ao controle, a observação do gerente com enfoque para o controle da estrutura organizacional:

“Eu tenho uma visão geral da unidade,, se tenho equipamento quebrado. Se não tem. Se o laboratório está funcionando bacana. Se o laboratório está atrasando. Se não tá.

Se o exame está saindo a tempo. Se a equipe está completa. Se eu preciso pedir apoio ou suporte em algumas unidades? G11

Considerando a avaliação da qualidade dos serviços de saúde nesta discussão, parte-se do conceito proposto por Donabedian (2003) que apresenta, no contexto de uma organização, três aspectos passíveis da avaliação: estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura refere-se às características dos recursos que são empregados na atenção à saúde que condizem, assim, com os recursos de infraestrutura, recursos humanos e medidas que se referem à organização administrativa de fato.

Assim, observa-se o monitoramento e o controle associados ao trabalho gerencial de maneira informal, conforme o reforçado pelo depoimento de G20:

“Sou de rodar o serviço, de olhar as pessoas, de cumprimentar os trabalhadores nos setores, de monitorar, ver como que está a higienização, como que estão os lixos [...]”
G20

O depoimento de G15 demonstra que a avaliação da estrutura tem como objetivo a manutenção de um ambiente favorável para trabalhadores e os indivíduos atendidos na UPA:

“[...] na hora que eu desço no estacionamento, é observar a área externa, como que essa área está cuidada. O que ela tem ali que naquele dia vai chamar mais atenção. O que você tem que indicar para ela. A minha observação ela é muito [silêncio] eu acho que a ambiência ela faz isso, um retorno tanto para o paciente como para o funcionário”. G15

A avaliação é um dispositivo de produção de informes para a tomada de decisão. Constitui-se, então, uma fonte de poder para aqueles que a controlam. Configura-se, portanto, uma prática relevante para atuação gerencial (CONTANDRIOUPOLOS *et al.*, 2002). Porém, observa-se que a prática gerencial encontra-se direcionada para o controle das ações, sendo a avaliação uma ferramenta pouco apontada pelos gerentes.

O relato de G18 denota a aproximação da avaliação com a tomada de decisões e o trabalho em equipe:

“Eu tento estar muito próxima da equipe no meu cotidiano mesmo, chego e vou a todos os setores, para saber como que está essa demanda. Se é urgência. Todo o dia você tem que controlar a porta. Está entrando muito? Está chegando muito? Tem que transferir ou não tem? Então eu estou muito próxima da equipe, ajudando a equipe a organizar.” G18

Segundo Contandrioupolos (2002), a avaliação tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencherem suas funções habituais, Logo, faz parte da atividade natural de um gerente. Mediante a análise dos depoimentos, nota-se a avaliação no contexto de trabalho dos gerentes de UPA focada na estrutura e distante dos processos e dos resultados da instituição, podendo gerar consequências sobre a resolutividade da assistência prestada.

Os gerentes expõem, em seus relatos, práticas gerenciais que ultrapassam os muros da UPA e permeiam a rede, sendo caracterizadas, neste estudo, como gestão integrada à rede, como ressaltado na exposição de G16:

“É uma das principais atividades, que enquanto gerente da UPA tenho que desenvolver é a interlocução da UPA com os outros serviços da rede, então, eu tenho um papel fundamental no sentido de garantir que a UPA estando dentro de uma rede, para que ela faça a interface entre os outros níveis, para que dessa forma o usuário que procure a UPA consiga resolver a sua questão de saúde, não só naquele momento que esteve na UPA, mas ao longo da sua vida.”G16

É interessante pontuar que as reestruturações organizacionais modificam as trajetórias profissionais dos gerentes intermediários (DAVEL; MELO, 2005). Assim, considerando a proposta de estruturação das Redes de Atenção à Saúde como uma discussão recente, a prática gerencial direcionada para a atuação das UPAs em redes também parece surgir como uma nova possibilidade para os gerentes, como destacado nos relatos de G04 e G05:

“Ser gerente dessa unidade é fazer essa articulação entre a rede básica, o nosso serviço e o serviço terciário!” G04

“Eu acho que um gerente de UPA, ele é um elo muito grande entre a atenção terciária e a atenção primária.”G05

O modelo de gestão encontra-se presente entre as características que diferenciam os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2011), este modelo de gestão é caracterizado pela gestão por estruturas isoladas. Já o modelo de gestão que rege as redes de atenção à saúde configura-se numa governança sistêmica que interage a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede.

Portanto, muitos avanços são necessários para a estruturação da RAS, incluindo a prática gerencial. O depoimento de G13 aponta uma ação gerencial como elemento favorável à estruturação da RAS:

“Para uma melhor construção de rede, eu tenho conversado muito com os coordenadores desses três hospitais para que eu também só encaminhe pacientes que devem ser encaminhados para lá para não sobrecarregar, e eu também absorver o que tiver que ser absorvido, não deixar chegar lá pra eles coisas que não eram para chegar.” G13

A ação gerencial, sinalizada pelo depoente G13, identifica a relação do gerente com as gerências de nível terciário como um fator positivo para a estruturação da RAS. A relação do gerente de UPA com a APS marca o relato de G12:

“Tem que ter uma parceria, um relacionamento do gerente do centro de saúde com o gerente da UPA! A gente sempre está passando coisas que estão ocorrendo aqui, de exame, de tudo que o centro de saúde pode estar ajudando e vice versa. Às vezes eles perguntam, eles ligam para perguntar alguma coisa, então, acho que tem que ter esse relacionamento.” G12

A interação entre os gerentes dos diversos serviços do sistema de saúde é discutida pelos gerentes como uma estratégia necessária para a estruturação da rede. Assim, considera-se que os gerentes interagem, servindo de pontes entre suas organizações e as redes exteriores a elas (RAUFFLET, 2005).

O relato de G02, baseado na Fig. 20, destaca o papel do gerente na interação entre os serviços de saúde:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A figura escolhida por G02 reflete a pouca interação entre os personagens, bem como as dificuldades para a efetivação dessa interação entre gerentes de diversos serviços do sistema de saúde, conforme evidenciado:

“A gente precisa ter muita habilidade para mostrar o que é o serviço daqui. O que é o serviço de lá. Para o serviço hospitalar e para a rede primária, eu acho que isso é uma das tarefas mais difíceis do gerenciamento, por que muitas vezes a gente tem pouco tempo”G05

A presença de aspectos facilitadores no sistema de saúde do município de Belo Horizonte é reforçada por G09:

“A facilidade que a gente tem é [...] eu participo mensalmente em reunião com gerentes das unidades básicas, [...] a gente da UPA uma vez por mês a gente participa para gente tá mantendo uma sintonia, um afinamento das informações, para tentar atender a demanda.” G09

As reuniões entre os gerentes de serviços diferenciados apresentadas no relato representam momentos de interação que necessitam ser intensificados e valorizados, pois a interação entre gerências dos serviços de níveis de atenção à saúde diferenciados é fundamental para a efetivação das RAS (MENDES, 2011).

A capacitação dos gerentes para o desenvolvimento e aprimoramento da capacidade de interação é reforçada no depoimento de G20 como outro aspecto facilitador:

“A gente depende de bons gestores na rede, para que o canal de conversa se estabeleça e os fluxos sejam criados né? Dentro da rede hoje com a própria secretaria incentivando os gestores a se formarem, buscarem informação, isso é um ponto de facilitação.” G20

Neste enfoque a gerência em saúde é uma atividade-meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, visualizada nos relatos como ações gerenciais que ultrapassam os muros da UPA (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Esta prática gerencial não deve permear apenas as relações no cotidiano da UPA, e, sim, relações no cotidiano da RAS:

As ações gerenciais voltadas para o estabelecimento de “canais de conversa”, constituintes de relações entre os diversos serviços do sistema contribuem para a estruturação da rede:

“A gente faz muita questão de manter além desta questão da pactuação política, que eu acho que ela é fundamental, mas é muito importante esse contato com equipe, esse contato com o profissional dos outros serviços, porque pode ter muito a vontade política mais se lá na pontinha, quem está lá na pontinha não acredita neste pacto, é contra este pacto [...] não acontece.”G06

A ação gerencial é determinada pelo processo de organização dos serviços de saúde e também determinante deste, sendo fundamental para a efetivação das políticas públicas de saúde (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Como constatado, são várias as possibilidades de atuação dos gerentes nas UPAs. Desta forma, esta subcategoria possibilitou a identificação de elementos que indicam alguns fatores facilitadores e dificultadores vivenciados pelos gerentes no seu cotidiano de trabalho nas UPAs, assim como as atividades desenvolvidas pelos gerentes no exercício de sua função nestas instituições. Ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos do modelo de gestão pautado nas redes de atenção à saúde. Aliado ao contexto do cotidiano de trabalho dos gerentes, também foi possível revelar alguns pontos que se configuram como desafios para os mesmos, sendo apresentados a seguir.

5.3.2 Desafios inerentes à prática gerencial nas UPAs

A respeito do cotidiano de trabalho dos gerentes das UPAs do município de Belo Horizonte, os relatos dos entrevistados permitiram a identificação de desafios inerentes à atividade gerencial nas mesmas. Entre eles, destacam-se o trabalho dinâmico e imprevisível, a

burocracia do sistema, o trabalho em equipe, o conhecimento técnico e a atualização na função gerencial (perfil e formação gerencial), a informatização da rede e, por fim, a remuneração financeira. Esses foram destacados pelos gerentes como desafios capazes de facilitar e/ou dificultar as práticas gerenciais conforme a efetividade destas em uma instituição de saúde e em uma rede de serviços de saúde.

A respeito da imprevisibilidade e do dinamismo do cotidiano gerencial, os depoimentos permitem a identificação de questões relevantes:

“[...] a gente fala que é o nosso trabalho, esse é o meu trabalho, é o trabalho de um gerente, o gerente de saúde tem que acostumar com isso, porque se achar que não vai fazer isso não vira gerente... faz outra coisa. É trabalhar com esse imprevisto, é trabalhar com as coisas que nem sempre são do jeito que você estabeleceu, do jeito preestabelecido.”G04

O relato apresentado aponta a gerência em saúde marcada pela imprevisibilidade, além de destacar a necessidade de adaptação do gerente em face a esta realidade, o que pode ser observado na figura escolhida e no depoimento de G23:

Figura 21 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“Nós temos planejamento das ações, só que elas são atropeladas por essas outras questões que dificultam o nosso trabalho, então por isso que eu coloquei essa figura aí, e porque ela representa exatamente esse corre-corre do dia-a-dia que a gente faz, né e aí as coisas sempre são para ontem.” G23

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Alguns depoimentos evidenciam a imprevisibilidade do trabalho gerencial relacionado às especificidades organizacionais das UPAs:

“É um trabalho realmente imprevisível e dinâmico. Para mim não é uma surpresa, por que foi a proposta que eu fiz, ao vir para uma unidade de 24 horas, você assume uma disponibilidade de 24 horas, algumas ações você consegue resolver a distância e outras você tem que retornar à unidade, então eu me sinto disponível”. G15

O depoimento de G15 reforça a característica de imprevisibilidade e dinamismo do trabalho gerencial aliado a uma particularidade do tipo de organização, o horário de funcionamento.

Nos serviços de atenção secundária à saúde, a UPA apresenta-se como uma organização diferenciada. A estrutura e organização das UPAs foram primeiramente definidas por meio da Portaria n. 2048 de 2002 do Ministério da Saúde. De acordo com esta, as unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, neste caso as UPAs, funcionam nas 24 horas do dia e são habilitadas a prestar a assistência correspondente ao primeiro nível de assistência de média complexidade. Esta responsabilidade foi reforçada a partir das diretrizes para o funcionamento das UPAs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A caracterização do serviço, ou seja, o direcionamento ao atendimento de urgências e emergências, é apontada no relato de G06 como uma causa da imprevisibilidade e dinamicidade do trabalho gerencial:

“Por ser urgência que tudo é muito imediato, a gente não consegue muito seguir uma agenda, igual a gente fez uma programação de uma reunião, aí quando você vê as coisas vão sendo atropeladas.” G06

Considerar a função gerencial de maneira ampla, inerente a qualquer organização, demonstra que o trabalho dos gerentes é sempre envolvido por múltiplos processos e não constitui um conjunto ordenado de atividades e tarefas, sendo que suas atividades podem ser competitivas e mesmo contraditórias (DAVEL; MELO, 2005).

O depoimento de G04 deixa explícita a diversidade e dinamicidade das ações inerentes à função gerencial:

“[...] nosso cotidiano é esse, é de resolver problemas e ouvir as pessoas o dia inteiro, desde a hora que chega até a hora que a gente sai, e aí não só ao vivo e a cores como por telefone, então, o tempo inteiro a gente tem questões que a gente está resolvendo, a gente tem que estar trabalhando com a lógica de organizar serviços, de acompanhar, de avaliar e simultaneamente atendendo os imprevistos.” G04

A imprevisibilidade como uma característica do trabalho gerencial em UPAs é apontada no relato de G18 como uma dificuldade:

“[...] eu não sei se é na urgência, mas eu sinto que a gente apaga muito fogo na UPA, o problema vem, você apaga, o problema vem, você apaga, às vezes a gente apaga o problema cem vezes porque que não apaga na raiz dele, então é uma dificuldade de gerenciar mesmo.” G18

A esse respeito, Davel e Melo (2005) afirmam que a imprecisão na definição das tarefas e responsabilidades é um dos fatores responsáveis pelo sentimento de mal-estar dos

gerentes intermediários. Observa-se a presença deste mal-estar nos gerentes entrevistados, caracterizado pelo sentimento de que, apesar de uma carga grande de trabalho, os resultados não são evidenciados de maneira clara e objetiva.

O depoimento de G08 sinaliza a necessidade de concentração do gerente nas questões prioritárias que requerem maior atenção:

“[...] o interesse meu como gestor aqui é mais em relação a atender as necessidades na população deixando o serviço mais favorável possível pra os profissionais, então, assim a gente tenta pegar mas as ações que realmente interessa.” G08

A variedade e brevidade das atividades gerenciais podem acarretar o principal risco ocupacional para a função gerencia, que é a superficialidade das ações, sendo considerado como um fator negativo para a atuação gerencial (MINTZBERG, 1991 *apud* DAVEL; MELO, 2005). Neste caso, existe a necessidade de qualificação, preparação dos profissionais que ocupam cargo de gerência, com o objetivo de aprimoramento de habilidades e competências necessárias para lidar com a imprevisibilidade e dinamismo, sem deixar que suas ações se percam na superficialidade.

As questões burocráticas são ressaltadas pelos entrevistados e se revelam como uma prioridade para a prática gerencial:

“[...] muitas vezes a gente está muito envolvido com questões necessárias que são as burocráticas [...]” G05

“o cargo de gerente adjunto ficou assim um cargo mais burocrático, mais a parte burocrática de papel, organização, suprimento, verificação de documentação e toda essa parte mais burocrática do serviço” G19

A burocracia, apresentada nos relatos, caracteriza a burocracia mecanizada descrita por Mintzberg (2006) que se refere no fluxo de trabalho racionalizado com tarefas simples e repetitivas, sendo precursora de problemas para a gerência, pois cria barreiras na comunicação.

Tal questão dificulta o desenvolvimento de ações gerenciais direcionadas de fato para a gestão de pessoas, para o desenvolvimento da equipe de saúde e para a qualificação do cuidado prestado.

Os relatos de G05 e G19 reforçam a presença da burocracia nas atividades gerenciais e a forte presença, nos serviços de saúde, de modelos de gestão influenciados pelos modelos taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS; PIRES, 2006; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Os depoimentos dos gerentes demonstram a gestão ainda muito ligada ao modelo tradicional. As mudanças no modelo assistencial em saúde vêm acompanhadas da necessidade

de mudanças na organização e nos modelos de gestão atuais dos serviços de saúde. Assim, para a estruturação de RAS, faz-se necessário o desenvolvimento de modelos gestão capazes de atender às demandas atuais.

No serviço público brasileiro, o modelo burocrático apresenta vantagens no enfrentamento da complexidade do real e das relações recíprocas de seus componentes. No entanto, este é questionado por não responder à mudança (OCDE, 2010).

No cenário dos serviços públicos de saúde, a mudança concentra-se na efetivação dos princípios organizativos, como a descentralização, preconizados no contexto das reformas de estado pensadas na década de 90 para o Brasil, e ainda nas propostas de mudança dos modelos de gestão da administração pública, com foco no processo de implementação do SUS (IBANEZ; VECINA NETO, 2007).

O depoimento de G13, assim como a figura escolhida para ilustrar, reforça a burocracia como característica de um modelo de gestão que não é viável no contexto atual das UPAs:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

No depoimento de G13, a burocracia é apontada como um fator que dificulta as práticas gerenciais no contexto da RAS. Esta aparece permeada nas diversas práticas que compõem a função gerencial das UPA. Segundo Almeida Filho (2011), os serviços públicos

de saúde ainda enfrentam sérios problemas relacionados à má gestão, decorrente da burocracia.

No sistema de saúde brasileiro, a diretriz de descentralização estabelecida a partir da década de 90, surgiu com a proposta de superar problemas relativos à centralização da gestão como os controles burocráticos, a ineficiência, a apropriação burocrática e a baixa capacidade de respostas à demanda da população, porém, de acordo com avaliações, em geral esses processos não têm sido superados (MENDES, 2011).

A análise dos relatos denotou a necessidade de realização do trabalho em equipe. Assim, este emerge como uma prática que deve ser promovida pela gestão em saúde:

“Eu falo que equipe é uma coisa muito difícil de conseguir, mas a gente tenta pelo menos trabalhar com o grupo e a gente tenta muito reforçar isso com as pessoas, desse partilhar no trabalho e a gente tem tido bons retornos.” G06

Segundo Fortuna (1999), considera-se que a equipe não se constitui apenas pela convivência de trabalhadores numa mesma organização de saúde, mas, sim, como uma estrutura que precisa ser construída e que está em permanente desestruturação/re-estruturação.

O relato de G06 apresenta o gerente como mediador do trabalho em equipe. Desta forma, a ação gerencial possui grande importância à promoção da prática interprofissional, em prol do desenvolvimento dessa forma de trabalho nos serviços de saúde (PEDUZZI, 2011).

Cabe ao gerente desencadear os processos de revisão do trabalho, promovendo a reconfiguração das equipes em busca de maior compartilhamento do poder e integração (FORTUNA, 1999).

A promoção do trabalho em equipe constitui-se um desafio para a gestão, conforme enfatizado no depoimento de G20:

“Ao mesmo tempo em que o gerente pode construir ele pode desmontar um serviço, a arte da gerência é a arte de lidar com o outro... e você não pode se apropriar de autoritarismo...”G20

Nesta lógica, os modelos tradicionais de gestão não são mais valorizados e a atuação gerencial tende a ser menos operacional e mais estratégica e direcionada para as pessoas, haja vista o aumento da autonomia e liderança no âmbito das equipes de trabalho (DAVEL; MELO, 2005).

O relato de G16, baseado na Fig. 23, aponta a necessidade de comprometimento do gerente com o trabalho em equipe para que os objetivos esperados sejam alcançados e reforça a imagem negativa do gerente que pauta suas ações no controle e autoritarismo.

Figura 23 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



“[...] se o gerente tiver essa postura de centralizar ou de estar sempre trabalhando de uma forma mais egocêntrica, dificilmente ele vai conseguir caminhar junto com essa equipe e ter o resultado esperado, o resultado positivo.”G16

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Compartilhar com clareza o projeto institucional, a finalidade do processo de trabalho, os objetivos e metas do serviço, buscando assegurar o compromisso das equipes com tal projeto e com as necessidades de saúde dos usuários e da população são perspectivas para a gestão em saúde (PEDUZZI, 2011).

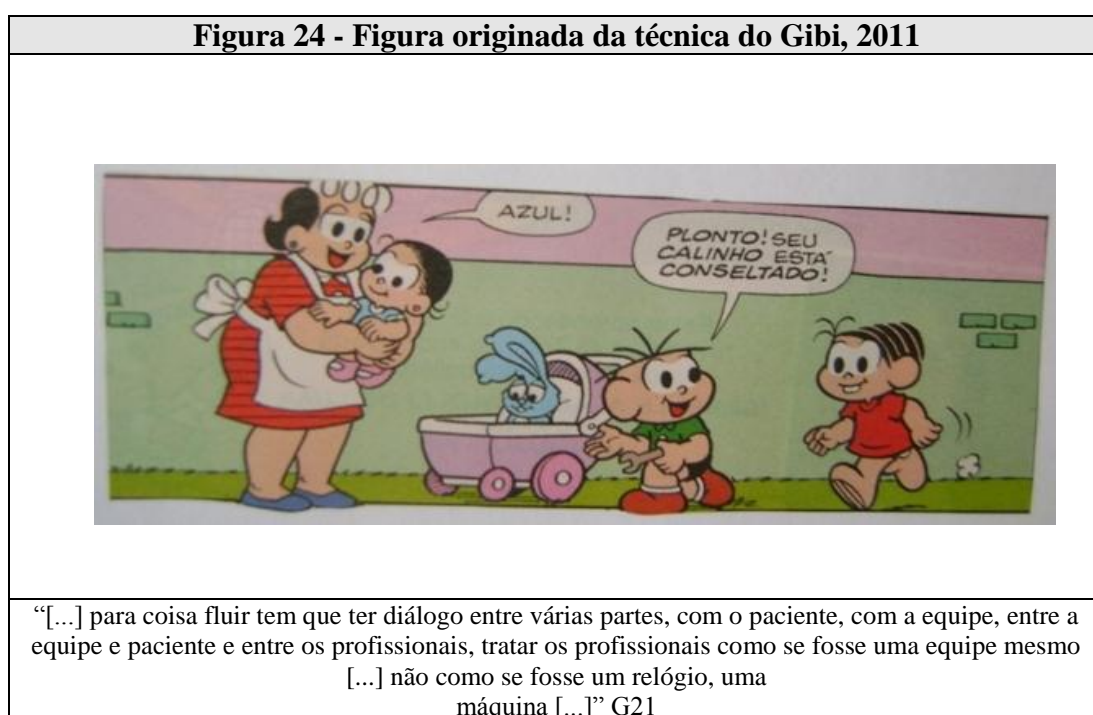
Em seu relato, G21 ressalta a relação entre o trabalho em equipe e o alcance dos objetivos institucionais:

“[...] sempre que o paciente chegar, para o problema ser resolvido, é preciso que todo mundo esteja com o foco na mesma coisa, e não todo mundo falando do outro, acusando o outro porque a coisa não funcionou, [...] aí a coisa realmente não vai pra frente.” G21

Percebe-se a falta de interação e de comunicação entre profissionais de saúde, e o desprovimento de ambientes favoráveis a estas ações perfaz-se em aspectos que impedem o desenvolvimento das equipes. Assim, o desenvolvimento e a promoção do trabalho em equipe em serviços de urgência devem ser discutidos tendo em vista a finalidade destes serviços e a maneira como estes estão organizados atualmente.

Os gerentes e profissionais dos serviços de urgência e, portanto, das UPAs enfrentam diversos desafios para o desenvolvimento do trabalho em equipe, que decorrem de vários fatores elencados por Garlet (2008), quais sejam: processo de trabalho composto por vários profissionais, ações realizadas de maneira fragmentada e compartimentalizada; profissionais que possuem concepção de doença baseada no enfoque biomédico, entendendo o corpo como um conjunto de partes que precisam ser cuidadas individualmente, e ainda evidencia-se o desencontro das necessidades de saúde que levam os usuários a procurarem estes serviços e a finalidade dos serviços de urgência.

Mediante o apresentado, é intensificada a necessidade de práticas gerenciais capazes de desencadear e promover o trabalho em equipe nas UPAs. O imperativo de superação do modelo gerencial hegemônico taylorista/fordista, predominante nos serviços de saúde, é retomado no depoimento de G21, ilustrado com a Fig. 24, que enfatiza a importância do trabalho dos gerentes com enfoque nas pessoas.



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

A contribuição para a promoção do trabalho em equipe requer do gerente o desenvolvimento e aprimoramento de inúmeras habilidades e competências. A respeito do subsídio da ação gerencial para a promoção deste tipo de trabalho, estudo realizado com 21 gerentes de serviços públicos de saúde de uma região de São Paulo por Peduzzi (2011, p. 643) apresentou a seguinte reflexão:

“O trabalho em equipe como ferramenta do processo de trabalho em saúde requer, do gerente, a composição de um conjunto de instrumentos – construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço, estimular a autonomia das equipes, em particular a construção de seus próprios projetos de trabalho, e promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional. Esta prática remete à gestão comunicativa e cogestão.”

Mediante o exposto, nota-se que a organização do processo de trabalho com vistas ao desenvolvimento do trabalho em equipe constitui-se em aspecto capaz de contribuir para a efetividade dos serviços de urgência e assim para a estruturação da rede de atenção às urgências, e, sobretudo, da rede de atenção à saúde. Ressalta-se que, neste contexto, a capacitação gerencial constitui elemento imprescindível para a elaboração e implementação de estratégias adequadas a este novo contexto dos serviços de saúde.

Contudo, o despreparo para a atuação gerencial é ressaltado por G20 como um fator que dificulta o desenvolvimento de seu trabalho:

“A função do gestor é uma função difícil, não é fácil e cada vez mais eu percebo que ela é mais complexa do que a gente acha. A gente assume a gestão sem muito conhecer o papel que você vai ocupar [...]” G20

A respeito da capacitação gerencial, no cenário da saúde, tradicionalmente a figura do gerente esteve ligada ao profissional de saúde com valorização do conhecimento técnico nesta área e ficando em segundo plano o conhecimento gerencial (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Assim, considera-se que:

“a predominância, durante dezenas de anos da prática médica liberal, como principal forma de prestação de serviços às populações, terminou por atrasar a incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços.”(CAMPOS, 1992, p.109).

O depoimento de G11 destaca a relação entre o conhecimento técnico na área da saúde e o conhecimento na área gerencial para efetivação das práticas gerenciais:

“A gente foca na função gerencial que é nossa função hoje, mas a gente não deixa de focar também na função específica, porque apesar de estar como gerente, acaba que a gente consegue interferir dando orientações na parte de questão de área física, na parte estrutural, na parte mesmo assistencial.” G11

Assim, destaca-se que o conhecimento técnico na área da saúde constitui-se um diferencial para atuação na área gerencial, porém este não é capaz de abolir dos cargos gerenciais a necessidade do conhecimento de estratégias e ferramentas para o desenvolvimento da função gerencial.

Conforme identificado na descrição do perfil dos gerentes deste estudo, apenas 29,2% (07 gerentes) dos gerentes entrevistados dizem possuir curso de capacitação gerencial. Sobre

tal evidência, Paim e Teixeira (2007) reforçam que a qualificação na área gerencial é um desafio para o sistema de saúde brasileiro e a falta de gestão profissionalizada no sistema de saúde em todos os níveis de atenção é uma realidade.

O relato de G20 identifica o incentivo da SMS para a capacitação dos gerentes direcionada para a função gerencial:

“A secretaria como gestor maior vem incentivando gerentes a se formar melhor, então [...] vamos nos capacitar, vamos buscar conhecimento, vamos buscar aprendizado porque você deixa de ser advogado do seu achismo para se apropriar de conhecimento maior.” G20

A motivação para a busca de capacitação gerencial parece presente neste relato. Não obstante, o fragmento acima expressa a identificação de que o gerente não pode desenvolver seu processo de trabalho sem o conhecimento de ferramentas necessárias à função gerencial.

O amadorismo na função gerencial é evidenciado no relato de G20:

“Tem gestor que está há dez, vinte anos, não estudaram nem a área técnica de formação nem a área de gestão e ficam lidando, andando em círculo nos problemas dos trabalhadores e usuários.”G20

A respeito da capacitação dos gerentes dos serviços de saúde para a função gerencial, o amadorismo que marca a gestão dos serviços de saúde está relacionado ainda à insuficiência de quadros profissionalizados e à reprodução de práticas clientelistas e corporativas em que há a indicação de ocupantes dos cargos de direção em todos os níveis do sistema de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Nesse contexto, encontram-se iniciativas de Universidades públicas e privadas no oferecimento de cursos de graduação e Pós- graduação Lato Sensu direcionados para formação e capacitação de profissionais para a área gerencial. Tais iniciativas contam com apoio institucional do Ministério da Saúde e de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Destaca-se uma dessas iniciativas, o curso de Qualificação de Gestores do SUS , que foi implantado em 2008, direcionado a profissionais que possuem a responsabilidade pela gestão em um dado território.

Essa iniciativa de construção coletiva e participativa contou com a contribuição de inúmeros atores do SUS das três esferas de governo, de diferentes áreas e responsabilidades gestoras. Coube à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), por meio da Coordenação de Educação a Distância (EAD), junto com a Rede de Escolas e Centros

Formadores em Saúde Pública, coordenar o Curso de Qualificação de Gestores do SUS no item de aperfeiçoamento (GONDIM, 2011).

Iniciativas como essa precisam ser ampliadas com enfoque também nos gerentes de serviços locais de saúde, na formação de um corpo gerencial qualificado para atuar em contextos específicos. Neste contexto, a gestão intermediária de hospitais, unidades secundárias e UAPS constitui-se, ainda, um desafio para o SUS.

A respeito da informatização como ferramenta para efetivação do trabalho gerencial, o relato de G13 refere-se à necessidade desta para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde:

“Eu acredito que o serviço de rede só vai funcionar quando a gente tiver a informatização, trabalhar com prontuário eletrônico, a gente trabalhar com telas de regulação e aí sim vai ser melhor, existe uma pseudo-rede que a prefeitura de Belo Horizonte criou que antigamente só tinha central de regulação de estado, hoje existe a central de regulação municipal, e ela tende a diminuir, estreitar esse espaço, a partir do momento que a gente tiver com todas as UPAs informatizadas.” G13

Mendes (2011) considera-se que a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão nas instituições de saúde, ao mesmo tempo que reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde.

O relato de G24 aponta para a falta de integração em rede dos computadores já existentes nos serviços:

Figura 25 - Figura originada da técnica do Gibi, 2011



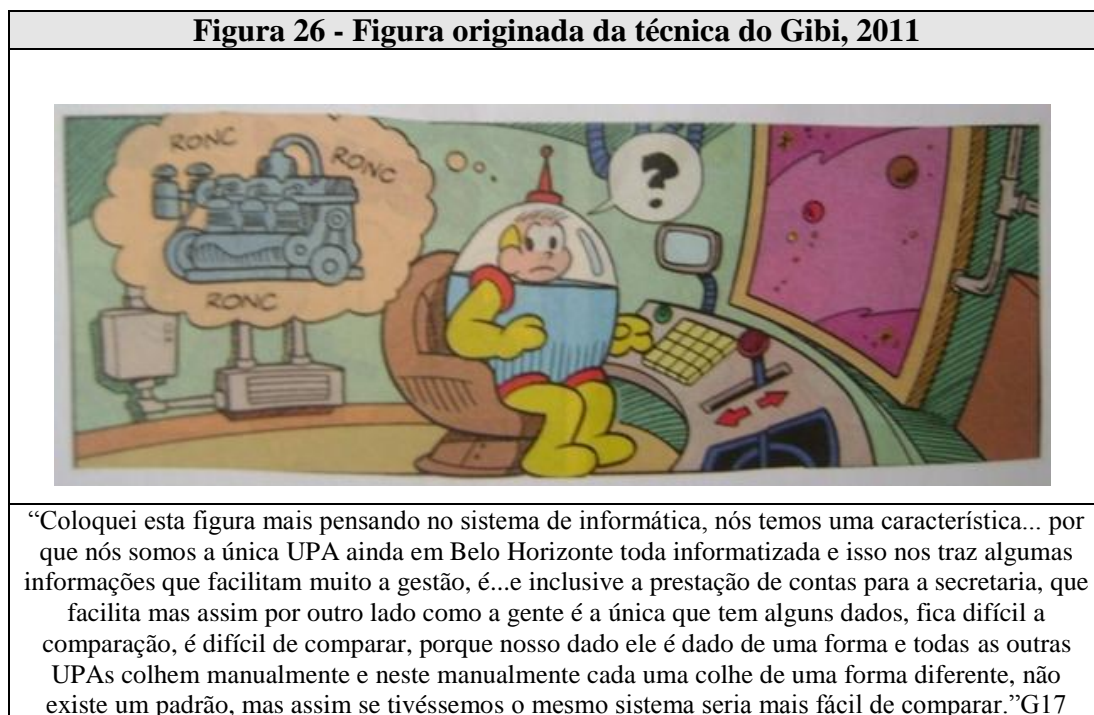
“A terceira figura é a falta do, da interligação dos nossos computadores, e, que nós estamos sem o link para entrar em contato com a prefeitura, que dificulta a nossa informação e, a informação da prefeitura em relação à produção e várias outras coisas, para gente poder haver uma melhoria.” G24

Fonte: Arquivo das pesquisadoras

Com ênfase na organização das Redes de Atenção às urgências e emergências, a informatização é um dos critérios necessários (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2008 *apud* MENDES, 2011). Os avanços da tecnologia da informação devem ser incorporados aos serviços de saúde, e a qualificação dos profissionais dessa área para lidarem com estas novas possibilidades deve ser o foco das ações.

O investimento financeiro em equipamentos não é suficiente para assegurar a informatização e a integração dos serviços. É necessário o investimento na qualificação dos trabalhadores em saúde com vistas a aliar os avanços da tecnologia de informação aos objetivos assistenciais.

O relato de G17, ilustrado pela Fig. 26, apresenta a relevância de um sistema informatizado para a gestão da UPA:



Fonte: Arquivo das pesquisadoras

O gerente aponta a informatização como um aspecto que facilita a gestão financeira da UPA. Nota-se que deve existir uma valorização para o uso da tecnologia informatizada para a gestão da clínica, a fim de contribuir para a integração entre os serviços e assim para a continuidade do cuidado. Para Mendes (2011), a utilização de prontuários clínicos informatizados viabiliza a gerência da informação e permite uma assistência contínua, quando todos os serviços de saúde têm acesso ao mesmo.

O depoimento de G18 aponta que o sistema informatizado facilita a integração das informações entre os serviços de saúde:

“Ter um sistema informatizado, é extremamente importante, sem o sistema informatizado, eu não conseguiria ter uma boa relação que eu tenho com a rede. Eu consigo fazer contra referência de pacientes porque eu tenho isso ai, porque imagina eu ter que procurar e pontuar o papel e tá procurando um por um.” G18

A informatização apresenta-se nas UPAs de maneira fragmentada, conforme identificado nos relatos. Apenas uma das UPAs possui o sistema informatizado com prontuário clínico eletrônico, que fornece informações para a gerência, porém não se encontra interligado aos demais serviços. E nota-se que a utilização da tecnologia de informação nesta unidade tem se direcionado para questões estruturais da organização, como exemplo, a gestão financeira apontada no depoimento ilustrado de G17, citado anteriormente, não sendo assegurada a gestão da clínica.

A remuneração financeira dos gerentes emerge no relato de G11 como um aspecto que necessita ser analisado diante das características inerentes ao trabalho gerencial em UPA:

“É gratificante sim, mas se você for pensar em questão salarial, em questão de absorção de seu tempo, é uma dedicação exclusiva 24 horas, 365 dias ao ano, só não chega em 365 dias no ano porque eu tenho 25 dias férias, chegar 8 horas, sair daqui não tem horário pra sair, é você chegar em casa seu telefone está tocando, é ter que ficar nesse [...] o tempo inteiro, então tem que gostar, se não gostar, não fica não.”
G11

Para Paim e Teixeira (2011), a valorização dos profissionais que se dedicam a atividades gerenciais nas diversas esferas de gestão e níveis organizacionais do sistema vem sendo discutida há alguns anos, porém não foram visualizadas ainda medidas concretas para o estabelecimento de plano de cargos, carreiras e salários específicos para o âmbito gerencial.

De acordo com o observado por meio deste estudo, no cenário das UPAs, a valorização dos profissionais que desempenham funções gerenciais é um desafio a ser encarado. Valorização não apenas financeira, mas direcionada também para a qualificação profissional e outros incentivos.

Nesse contexto, faz-se necessário o enfrentamento e superação dos desafios que emergiram dos relatos dos gerentes para o aprimoramento e desenvolvimento da prática gerencial em UPAs. Tal enfrentamento depende de ações que permeiem a construção de um trabalho em rede.

Além disso, há que se avançar na capacitação de gerentes para a atuação em serviços de urgência e emergência, no que tange aos aspectos relativos aos desafios neste segmento de assistência à saúde e, sobretudo, na formulação de políticas de saúde vinculadas à gestão e trabalho intersetorial no sentido de propiciar oportunidades à prática gerencial cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as práticas gerenciais de gerentes de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município de Belo Horizonte no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde. A análise dos resultados evidenciou primeiramente o perfil dos gerentes entrevistados, tendo sido identificados alguns pontos relevantes como a falta de formação na área gerencial por grande parte dos gerentes e a falta de incentivo profissional para o desempenho deste cargo. Ambos dificultam o desempenho gerencial nos serviços locais de saúde.

Por meio dos relatos dos gerentes, foram evidenciados aspectos facilitadores e dificultadores no contexto de estruturação da rede. Os principais aspectos dificultadores, apontados pelos gerentes, foram: a grande e diversificada demanda atendida nas UPAs, que gera prejuízos na qualidade do atendimento prestado; a busca indiscriminada dos usuários pela UPA; o papel da UPA nos níveis primário e terciário de atenção à saúde; falhas no nível terciário e primário que se refletem diretamente sobre a UPA; a descrença frente à inserção deste equipamento e sua real missão na rede; a relação incipiente entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais e o atendimento a demandas de outros municípios.

A respeito dos desafios apontados, observa-se que a resolutividade da UPA como ponto de atenção à saúde depende da organização dos demais. A UPA como um lócus de atenção com a função simplesmente de “desafogar” os demais serviços, torna-se um serviço não coerente com o discutido para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, pois funciona como um lócus duplicado, ou seja, realiza ações que deveriam ser realizadas na APS e no hospital.

No que concerne aos aspectos que contribuem para a estruturação da rede, apontados pelos gerentes, destacam-se: a definição da UPA como retaguarda para a APS; a participação da UPA na articulação entre os demais serviços; a UPA como observatório para os serviços de saúde; a inserção da UPA em território definido; a definição das responsabilidades específicas deste lócus de atenção à saúde; a grade de referência e a classificação de risco como ferramentas para ordenação de fluxo no serviço e na rede; integração entre gerentes dos diversos serviços; o sistema de referência e contrarreferência; as parcerias entre UPA e APS; a estruturação de protocolos assistenciais para os diferentes níveis de atenção à saúde e a implantação do PAD.

Nessa perspectiva, percebe-se que o fortalecimento da APS em Belo Horizonte tem contribuído para a estruturação da Rede de Atenção, a qual vem ocorrendo de forma gradual e demandando o envolvimento de usuários, profissionais e gerentes dos serviços.

Em face dos aspectos dificultadores e facilitadores apontados pelos gerentes verifica-se que as práticas gerenciais apresentam características que são comuns aos demais serviços de saúde. Assim, a análise das práticas gerenciais propiciou o conhecimento de singularidades da função gerencial no contexto de organização da rede.

No que concerne ao exercício da função gerencial, os resultados apontaram para o avanço da atuação dos profissionais marcado pela percepção dos gerentes do trabalho em rede e da necessidade de estruturação da mesma. Contudo, deparou-se com o despreparo por parte de alguns profissionais, expresso nas dificuldades de relação com os outros serviços e com a escassez de tecnologias e, dentro do próprio serviço, ainda de tecnologias leves-duras, tais como, protocolos que assegurem a definição e a pactuação entre os diversos níveis de atenção à saúde.

Alguns aspectos foram destacados pelos gerentes nas práticas desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho. Dentre eles, destacam-se: a gestão de pessoas, a gestão de conflitos, a gestão do fluxo de indivíduos atendidos, o planejamento, a avaliação do serviço e gestão integrada à rede. Os aspectos mencionados foram discutidos pelos gerentes no contexto micro e macro institucional, o que sinaliza a atuação desses gerentes no contexto da rede. Além disso, os gerentes mencionaram os seguintes desafios no exercício da gerência: trabalho dinâmico e imprevisível, a burocracia do sistema, o trabalho em equipe, o conhecimento técnico e a atualização na função gerencial (perfil e formação gerencial), informatização da rede e incentivo profissional. Esses foram qualificados pelos gerentes como desafios capazes de facilitar ou dificultar o trabalho conforme a efetividade das mesmas em uma instituição de saúde e em uma rede de serviços de saúde.

Este estudo possibilitou a compreensão e análise das práticas gerenciais desenvolvidas nas UPAs e os desafios encontrados para o aprimoramento do trabalho gerencial. Neste sentido, iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde foram evidenciadas no trabalho dos gerentes, as quais são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos do modelo de gestão pautado nas RAS.

A respeito da metodologia utilizada, ressalta-se sua adequação ao alcance dos objetivos propostos. É importante destacar que a técnica de gibi oportunizou aos sujeitos da pesquisa a reflexão sobre seu cotidiano de trabalho, o que contribuiu para a captação da realidade por eles vivenciada. As limitações de utilização da técnica foram relacionadas ao

local de realização. Como se trata de uma técnica que visa à subjetividade e reflexão do sujeito pesquisado, a realização no ambiente de trabalho foi considerada uma limitação.

A partir deste estudo, identifica-se a necessidade de novos estudos capazes de discutir o aprimoramento de práticas gerenciais no contexto da estruturação das RAS, considerando que a mudança de modelo assistencial proposta deve estar aliada a mudanças no modelo de gestão dos pontos de atenção à saúde que deverão compor as redes.

Portanto, a proposta de mudança de modelo assistencial de saúde deve estar aliada à proposta de transformações das práticas gerenciais. A gerência dos serviços locais de saúde com enfoque em práticas tradicionais não se faz condizente com um modelo de atenção usuário-centrado. Assim, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de práticas gerenciais com enfoque na equipe de saúde e no processo de cuidar que visem à integração dos serviços de saúde em rede e, assim, a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Medicina de urgência - passado, presente, futuro. **ACM arq. catarin. med**, v. 33, n.3, pp.15-17, jul.-set, 2004.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, Fevereiro de 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de outubro de 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet.**, v. 377, ed.9781, pp. 1898-1900, June, 2011.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v.59, n.2, pp. 195-200, 2006. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a14.pdf>. Acesso em : 10 de dezembro de 2011.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 57, n. 4, Agosto, 2004.

ANDRADE, R.O.B.; ALYRIO, R.D.; MACEDO, M.A.S. **Princípios de negociação: ferramentas e gestão**. São Paulo: Atlas; 2004, 288 p. ISBN: 9788522445837.

ANSELMÍ, M. L; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.9, n.4, pp. 13-18, 2001. ISSN 0104-1169. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11477.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2011.

ARAÚJO, M.T. **Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência**. 2010. 98f. Dissertação (mestrado). Área de concentração: Saúde e Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ARREGUY-SENA, C.; ROJAS, A. V.; SOUZA, A. C. S. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção á saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], Goiânia, v.2, n.1, jan/jun, 2000. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 13 de maio de 2010.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F. ; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, p. 736-745, 2010.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.21, n.5, pp. 1349-1356, 2005. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000500006&script=sci_arttext. Acesso em 15 de junho de 2011.

BARBOSA, K. P.; SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; TORRES, R. A. M.; SOUZA, R. S. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Rene**, v.10, n. 4, pp. 70-76, out./dez, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROS, D. M.; SA, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 15, n.5, pp. 2473-2482, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500022>. Acesso em: 15 de outubro de 2011.

BELO HORIZONTE. PBH, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008**. 2005. Disponível em : Prefeitura de BH. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp>. Acesso em: 08 de maio de 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. SUS-BH: **Cidade Saudável Plano Macro-estratégico**. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte 2009-2012. Belo Horizonte, 2009: Mimeo. 33p.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.12, n.4, pp. 929-934, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400014. Acesso em: 28 de maio de 2010.

BRAGA, C. D. **As novas tecnologias de gestão e suas decorrências**: as tensões no trabalho e o estresse ocupacional na função gerencial. 2008. 134f. Dissertação (mestrado). Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração- Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 17 outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**: aprova a NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 2048, de 5 de Novembro de 2002**. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 de Nov. 2002. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23606, acesso em 08 de maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, Brasília, 2003. 20p (Série E. Legislação de Saúde).

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

BRASIL(b). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL(c). Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.– (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1583-6.

BRASIL. Ministério Da Saúde – **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Oferta e demanda dos serviços de saúde livro integralidade pag. 65, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 07 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, 2011c.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. 2004.393 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRITO, M. J.M. ; LARA, M. O.; SOARES, E. G.; ALVES, M.; MELO, M. C. O. L. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saude soc.** [online], v.17, n.2, pp. 45-57, 2008. ISSN 0104-1290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200006. Acesso em 17 de novembro de 2011.

BRITO, M.J.M. **O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea**. 1998. 176 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

CAMPOS GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, G.W. **A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde**. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília(DF): Conselho Nacional de Saúde; 1992.109-117.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**.1 ed, São Paulo: Editora Hucitec, 2000. 225p.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 25, n.1, pp. 7-28, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2009000100002>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

CARVALHO, B.K.L. A rede de urgência em Belo Horizonte - MG – Brasil. **Rev. méd. Minas Gerais**; v.18, n.4, pp. 275-278, out.-dez., 2008. Disponível em:

<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/48/33>. Acesso em 06 de outubro de 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4ª Ed., volume I, São Paulo, Editora Paz e Terra, 2000.

CECÍLIO, L. C. **As Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, p.113-126, 2001.

CECILIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.21, n.2, pp. 508-516, 2005. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/17.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Setembro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de Outubro de 2010.

CECÍLIO, L.C.O. ; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. (mimeo). Campinas (SP), 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

CHANLAT, J. F. **Ciências sociais e management**: reconciliando o econômico e o social. São Paulo: Atlas, 2000.100p. ISBN8522424063.

CHAVES LDP, ANSEMI ML. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Gaúch Enferm**. 2006;27(4):582-91.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos** In: (Org.). Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos. São Paulo (SP): Atlas, p. 178-190, 2000.

CHIZZOTTI, A. C. A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 16, n. 2, pp. 221-236, Universidade do Minho Braga, Portugal, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29–46.

CORREA, A. M. H. **O assédio moral na trajetória profissional de mulheres gerentes: evidências nas histórias de vida.** Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. 2004

DAL POZ, M. R. Cambios en La contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia em Brasil. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v.16, n. 1, pp. 82-88, 2002.

DAVEL, E.; MELO, M. C.O. L.(Orgs.) Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: **Gerencia em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial.** Rio de Janeiro, editora FGV, 2005. 340p. pp. 29-65. ISBN 852250524-1.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press, 2003. 205p. ISBN 0-19-515809-1.

DUTRA, J. S. **Competência: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna.** São Paulo: Atlas, 2009.

FELICIANO, K.V.O; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 5, pp. 319-28, 2005.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z. ; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.14, suppl.1, pp. 1541-1552, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800028&lng=pt. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n.3, pp.180–188, 2008.

FLEURY, M. T. L. O desvendar a cultura de uma organização – uma discussão metológica. In: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**, 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.15-26.

FLEURY, S; OUVÉRENEY, A.M. **Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007. 204 p. ISBN: 978-85-225-0616-3.

FLICK, U. **Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre, Editora Bookman, 2007. 312 p.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades** – em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 247 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRACOLLI, L.A.; EGRY, E.Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n.5, pp. 13-8, setembro-outubro, 2001.

FRANÇA, S. B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 3, p.85-100, 1998.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. 2008. 96f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2008.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.17, n.4, pp. 535-540, 2009. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400016&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 de outubro de 2011.

GONDIM, R. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. / organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes, 2 ed., Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2011. 480 p. ISBN: 978-85-61445-67-6.

GUIMARÃES, C.; AMARAL, P.; SIMÕES, R. **Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise multivariada macro regional** - Brasil, 2002. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_422.pdf. Acesso em 04/01/2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad.**

Saúde Pública [online], v. 20, suppl.2, pp. S331-S336, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2011.

HUANG, Q.; THIND, A.; DREYER, J. F.; ZARIC, G. S. The impact of delays to admission from the emergency department on inpatient outcomes. **BMC Emergency Medicine**, v. 10, n. 16, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/10/16>. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.12, suppl., pp. 1831-1840, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700006. Acesso em: 10 de maio de 2011.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, v. 41, pp. 36-46, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington, The National Academies Press, 2001.

KIRBY, S. E.; DENNIS, S. M.; JAYASINGHE, U. W.; HARRIS, M. F. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. **BMC Health Services Research**, v. 10, pp. 216, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/216>. Acesso em 10 de maio de 2011.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J Pediatr.**, v. 81, pp. 251-258, 2005.

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

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, pp.135-140, 2007. ISSN 1806-3365. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84201703>. Acesso em: 13 setembro 2010.

LEITE, Isabel Cristina Bandanais Vieira Leite; GODOY, Arilda Schimdt; ANTONELLO, Cláudia Simone. O aprendizado da função gerencial: os gerentes como atores e autores do seu processo de desenvolvimento. **Aletheia**, n.23, p.27-41, jan./jun. 2006

MACHADO, K. Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). **Radis – Comunicação em Saúde** - Fundação Oswaldo Cruz, n. 83, Julho, 2009.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e Emergência: A participação do Município. In: Camos, C.R; Malta, D.C.; Reis, A.F.; Merhy, E.E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; p. 265-86, 1998.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 42 p.

MARQUES, A. J. S.; LIMA, M. S. **O Sistema Estadual de Transporte em Saúde**. Belo Horizonte, Secretaria Adjunta/Secretaria de Estado de Saúde, 2008.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.15, n.3, pp. 508-514, 2006. ISSN 0104-0707.

MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, A ; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 3, pp. 841–50, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed., Editora Autêntica. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), Belo Horizonte, 2011. 848p. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENDONÇA, C.S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B; NUNES, L.N.; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan**, Junho, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Editora Hucitec, 1997. ISBN: 8527104075.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: **Razão e Planejamento** (E. Gallo, org.), pp. 117-148, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 3 ed., São Paulo, Editora Hucitec, 2002. ISBN: 85-271-0580-2.

MERHY, E. E.; Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy et al., **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo, Editora Hucitec, 2003. ISBN: 8527106140.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed., São Paulo, Editora Hucitec, 2004. 185 p. ISBN 85-271-0181-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM Nº 1.020, de 13 de Maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação das Salas de Estabilização (SE) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de maio, 2009.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work**. New York: Harpes & Row, 1973. 298p. ISBN 0060445556 9780060445553 0060445564 9780060445560.

MINTZBERG, Henry. **Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations**.

MINTZEMBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. Tradução: Ailton Bonfim Brandão. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006. New York: The Free Press, 1989.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 2009

NÓBREGA, Maria de Fátima Bastos; MATOS, Miriam Gondim; SILVA, Lucilane Maria Sales da; JORGE, Maria Salete Bessa. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):333-8.

O'DWYER, G., MATTA, I.E.A., PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, pp. 1637-48, 2008.

OCDE. Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Avaliação da Gestão de Recursos Humanos no Governo** – Relatório da OCDE. Brasil, Governo Federal, OECD, 2010. 270p. ISBN :9789264086098. DOI : 10.1787/9789264086098-pt.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 22 de fevereiro de 2012.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência / emergência em Maringá (PR). **Ciência, Cuidado e Saúde, Londrina**, v. 1, n. 1, p. 123-128, novembro de 2002.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93).

OPAS. Organización Panamericana de la Salud “**Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en Iás Américas**” Washington, D.C.: OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4) ISBN: 978-92-75-33116-3.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.12, pp. 1819-1829, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf> acesso em 16 de out 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis** [online]. v.21, n.2, pp. 629-646, 2011. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000200015&script=sci_arttext. Acesso em 15 de dezembro de 2011.

PEIXOTO, T. C. **Dinâmica da gestão de pessoas em uma unidade de internação pediátrica**. Dissertação (Mestrado). 2011. 147f. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PESSOA, A. R. **Histórias em Quadrinhos: Um meio Intermediático**. Trabalho apresentado em disciplina na Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/pessoa-alberto-historias-em-quadrinhos.pdf>. Acesso em: 13 de setembro de 2010.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Setembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000900009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de janeiro de 2012.

RAUFFLET, E. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In: **Gerencia em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial**. Org. DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. Rio de Janeiro, Editora FGV, p. 67-81, 2005. 340p. ISBN 852250524-1.

ROCHA, A. F. S. Determinantes **da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 97 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SÁ, M.C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública** [online], v.24, n.6, pp. 1334-1343, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n6/14.pdf>. Acesso em: 07 de outubro de 2010.

SANCHO, L. G.; CARMO, J. M.; SANCHO, R. G.; BAHIA, L. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. educ. saúde** [online]. v. 9, n.3, pp. 431-447, 2011. ISSN 1981-7746. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 de outubro de 2010.

SANTOS JÚNIOR, E. A. DOS; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. **Cad. saúde colet.**, v. 13, n.3, pp. 705-722, jul.-set, 2005.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. 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, **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez., 2003.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, Á. L. P.; BENITO, G. A. V.; CUTOLO, L. R. A. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.4, pp. 654-661, 2007. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a09v16n4.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D. ; MENEZ, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet.**, London, p.61-74, maio de 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Junho de 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de fevereiro de 2012.

SILVA. K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, Fevereiro de 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009. 119f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, Área de concentração: Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.14, n.3, pp. 911-918, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300027. Acesso em: 13 de novembro de 2011.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da Gestão municipal da saúde. **Rev enferm UERJ.**, v.16, pp. 20-25, 2008.

SPAGNOL, C. A.; SANTIAGO, G. S.; CAMPOS, B. M. O.; BADARÓ, M. T. M.; VIEIRA, J. S.; SILVEIRA, A. P. O. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.44, n.3, pp. 803-811, 2010. ISSN 0080-6234. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300036. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde - Saúde e Cidadania para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo (SP), Editora Fundação Petrópolis; 1998.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003. 685p.

TURCI, M. A. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Editora HMP Comunicação, 2008. 432p.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n.2, pp. 443-453, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200021. Acesso em: 20 de outubro de 2011.

VON RANDOW. R. M.; Brito, M. J. M. ; SILVA, K. L. ; ANDRADE, A. M. ; CAÇADOR, B. S. ; Siman, A. G. . Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. Temáti, p. 904-913, 2011.

WEIRICH, C.F.; MUNARI, D. B.; MISHIMA, L.M.; BEZERRA, A. L. Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.18, n.2, pp. 249-257, 2009. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2011.

WILLMOTT, H. **Gerentes, controle e subjetividade**. In: DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Capítulo 8. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, **Technical Brief**, n. 1, 2008. 8p. Disponível em http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf. Acesso em 16 de outubro de 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre (RS), Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista semiestruturado para Gerentes das UPAs do município de BH.

ROTEIRO DE ENTREVISTA (GERENTE UPA DE BELO HORIZONTE)		
QUESTIONÁRIO PERFIL		
1. DADOS DA ENTREVISTA		
Nº da entrevista:	Local de realização da entrevista:	
Data: / /	Horário de início:	Horário de término:
2. IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES		
2.1 Código do Participante:		
2.2 Sexo: () masculino () feminino		
2.3 Idade: _____ anos		
2.4 Estado Civil: () casada () solteira () separada () viúva		
2.5 Número de filhos:		
2.6 Idade dos filhos: qual finalidade?		
3. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES		
3.1 Escolaridade:		
3.2 Categoria Profissional:		
3.3 Formação Profissional:		
3.4 Instituição na qual se graduou:		
3.5 Tempo de formada:		
3.6 Cursos de Pós Graduação: () Não () Sim Qual(is): _____		
3.7 Qualificação específica na área gerencial: () Sim Não () Especificar:		
3.8 Jornada de trabalho diária - Formal:		Informal:
3.9 Flexibilidade de horário: Sim () Não ()		
3.10 Cargo(s) ocupados no serviço:		
3.11 Tempo de serviço:		
3.12 Tempo no cargo de gerente:		
3.13 Existência de incentivo institucional para que assumisse o cargo de gerente. Sim () Não () Qual?		
3.14 Número de empregos:		
3.15 Cargos ocupados em outras instituições:		
3.16 Jornada de trabalho na (s) outra (s) instituições:		
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA		
1. Quais são as atividades desenvolvidas no exercício de sua função na UPA?		
2. Quais são as práticas gerenciais adotadas neste cenário de atenção a saúde?		
3. Quais são os elementos que constituem as práticas gerenciais adotadas neste cenário de atenção a saúde?		
4. O que significa ser gerente de uma UPA no contexto da rede de atenção a saúde de BH?		
5. Fale sobre seu cotidiano de trabalho como gerente na UPA.		
6. Quais as facilidades e dificuldades encontradas para integração da UPA aos demais dispositivos da rede?		

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestores, Profissionais e Usuários)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE E SUA INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: PERSPECTIVAS DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS”. De autoria da Professora Doutora Maria José Menezes Brito e da mestrandia Roberta de Freitas Mendes. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo.

Objetivo do estudo: Neste estudo pretendemos analisar a percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a inserção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na Rede de Atenção a Saúde de BH.

Procedimentos: Sua participação será por meio de uma conversa que será gravada. E você será convidado a recortar e colar figuras de revistas tipo gibi por meio da estratégia de recortes e colagens, após a seleção das figuras você será convidado a comentá-las. As informações fornecidas na gravação e por meio da “técnica do gibi” serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado.

Possíveis benefícios: O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir compreensão sobre as UPA no contexto da Rede de Atenção a Saúde de BH.

Desconfortos e riscos: Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora e a entrevista será encerrada caso deseje.

Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Outras informações pertinentes: Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Você também poderá fazer contato com o comitê de ética.

Consentimento:

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/BH Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte - MG CEP: 30130-007 Fone:(31)3277-5309- Fax:(31)3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br

Pesquisador(a) Responsável: Profª Drª Maria José Menezes Brito Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br

Pesquisador(a)/Colaboradora Responsável: Roberta de Freitas Mendes. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: robertafmendes@yahoo.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



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

Parecer nº. ETIC 0057.0.410.203-10

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de fevereiro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**As Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde: perspectivas de gestores, profissionais e usuários**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. T. Marques Amaral", is positioned above the printed name of the coordinator.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte-MG

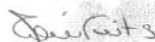
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0057.0.410.203-10A

Pesquisadoras responsáveis: Maria José Menezes Brito / Roberta de Freitas Mendes

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 10 de dezembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE E SUA INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: PERSPECTIVAS DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.

coep@pbh.gov.br TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768