

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**GREICE LESSA**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS EM  
SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS  
2017**



**GREICE LESSA**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS EM  
SANTA CATARINA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Coorientador:** Dr. José Luís Guedes dos Santos

**FLORIANÓPOLIS  
2017**



## **ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS EM SANTA CATARINA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

### **DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 15 de dezembro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

---

**Dra. Jussara Gue Martini**  
**Coordenadora do Programa**

#### **Banca Examinadora:**

---

**Dr. José Luís Guedes dos Santos**  
**Coorientador/Presidente**

---

**Dra. Selma Regina de Andrade**  
**Membro (Titular)**

---

**Dra. Angela Maria Blatt Ortiga**  
**Membro (Titular)**

---

**Dra. Keyla Cristine do Nascimento**  
**Membro (Titular)**



Dedico este trabalho a minha mãe,  
Zuleima, mulher guerreira e de fibra  
que me ensinou a sorrir e ter fé mesmo  
nos momentos de dor.





## AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecer que não percorremos o caminho sozinhos! Durante o período de doutorado pude contar com uma grande “rede de apoio” que compartilhou comigo os desafios e vitórias de cada etapa dessa jornada. Sendo assim, esta conquista não é um ato isolado, existem pessoas que acreditaram e estenderam a mão em prol deste sonho. A estes, expresso minha profunda gratidão!

Mas algumas pessoas foram imensamente especiais e relevantes nestes anos, e preciso agradecê-las individualmente neste momento.

Agradeço de modo muito especial à presença de **Deus** na minha vida. Por amparar minha existência e proporcionar-me abrigo em sua bondade infinita, dando-me força nos momentos difíceis e fazendo-me reconhecer, admirar e agradecer os presentes que a vida me oferece todos os dias!

A minha filha amada, **Lara**, que por tantas vezes foi privada de minha companhia. Minha maior fonte de persistência e inspiração. Participou de muitas aulas e orientações quietinha na barriga da mamãe. Ainda és pequena para compreender o quanto você é importante nesse processo, mas sem você esta conquista não teria o mesmo brilho.

Ao meu amado marido, **Anderson**, meu grande incentivador e companheiro de todas as horas. Obrigada por estar ao meu lado durante esta etapa de minha formação, por teres compreendido minhas necessidades e impulsionado meus sonhos. Divido contigo esta conquista!

A minha Mãe, **Zuleima**, obrigada pelo incentivo e todo cuidado e amor dedicado a Lara durante minha ausência. Este suporte foi primordial para que esse sonho se tornasse realidade.

Ao meu pai, **Olívio** (in memória), mesmo não estando aqui de corpo presente sinto sua energia em cada passo, me guiando sempre pelo melhor caminho.

Aos meus irmãos **Daniela, Alexandra e Allan**, que mesmo distante sei que torcem sempre pelo meu sucesso.

A minha orientadora, Professora **Alacoque Lorenzini Erdmann**. Agradeço pela confiança e paciência em meus momentos de dificuldade, pela competência e suporte indispensáveis para a conclusão desta tese.

Ao meu coorientador, Professor **José Luís Guedes dos Santos**, exemplo de dedicação e amor pela pesquisa e Enfermagem. Obrigada por todo apoio e dedicação durante esta caminhada.

Aos membros da banca **Selma Regina de Andrade, Angela Maria Blatt Ortiga, Keyla Cristine do Nascimento, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo, Graciele Fernanda da Costa Linch**. Obrigada por toda contribuição e disponibilidade de tempo para contribuir com esse trabalho. Vocês são essenciais para essa conquista

A **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de PósGraduação em Enfermagem**, pelo crescimento profissional e pessoal, foi uma honra ser aluna desta universidade.

Ao meu grupo de pesquisa, **GPEADES e seus integrantes**, obrigada pelos momentos de aprendizado e trocas de saberes. Em especial minha querida amiga **Valdete Meurer Kuelkamp**, obrigada por toda parceria nas disciplinas.

A todos meus **professores** do Programa de PósGraduação em Enfermagem/UFSC, obrigada por contribuírem com minha formação, sinto-me privilegiada em ter mestres como vocês.

Ao **Centro Universitário Barriga Verde – Unibave**, pelo incentivo a formação de seu corpo docente.

Aos meus **alunos**, obrigada pelo incentivo diário, em especial aos que me acompanharam nas viagens a UFSC, **Lucas Corrêa Preis, Kassiane Dutra, Jaqueline Caetano, Jucimara Mendes, Debora Brolese, Joelma Luz e Mislene Beza**. Vocês tornaram minhas viagens mais divertidas e prazerosas.

Aos meus **colegas da enfermagem**, que trabalham no pronto atendimento de São Ludgero, muito obrigada pelas inúmeras trocas de plantão, que me proporcionaram frequentar as atividades do doutorado.

E finalmente, **aos profissionais e gestores do SUS**, que desempenham diariamente suas atividades no atendimento a urgências e emergências neste país. Muito obrigada pela confiança em nosso trabalho! Espero que essa pesquisa contribua para construirmos juntos políticas de saúde resolutivas. Meu profundo respeito a cada um de vocês.

“Não há nada de errado com aqueles que não gostam de política, simplesmente serão governados por aqueles que gostam”.

(PLATÃO)



LESSA, Greice. **Análise da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina**. 2017. 224p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção as Urgências foi criada em 2003 e reformulada em 2011 com a instituição da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. Essa reformulação tornou-se necessária para reorganizar os atendimentos desta magnitude no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este estudo teve como objetivo elaborar um modelo explicativo a partir da análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina, após sua reformulação. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, dividida em duas fases: a) Pesquisa documental, com análise interpretativa e b) Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 53443216.0.0000.0121. O levantamento documental foi realizado a partir de consulta às Atas da Comissão Intergestores Bipartite, Portarias de âmbito Nacional e Estadual referente à Política Nacional de Atenção as Urgências e aos Planos de Ação para implantação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina. Estes achados foram organizados e posteriormente analisados de acordo com convergência de ideias para formar categorias temáticas. Sendo assim, emergiram duas categorias principais: “Processo de Identificação do Problema e Conformação na Agenda de Governo” e “Processo de formulação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências”. Já a amostragem teórica da Teoria Fundamentada nos Dados foi composta por três grupos amostrais perfazendo 20 participantes, que incluíram profissionais e gestores de saúde que vivenciam ou vivenciaram a implementação desta política no Estado. Os dados foram coletados por meio de entrevista e analisados a partir das etapas de codificação: inicial e focalizada, e utilizou-se o software NVIVO® para organização dos dados. Do processo de análise dos dados, obtiveram-se quatro categorias e treze subcategorias. O modelo foi sustentado pela integração das quatro categorias: “Formulando a RUE”, “Colocando a RUE para funcionar”, “Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RUE” e “Melhorando a qualidade da atenção às urgências”, obtendo-se o

fenômeno “Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências”. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram analisados a luz da metodologia do ciclo de política. O panorama estadual mostra que a Política Nacional de Atenção as Urgências iniciou sua reformulação em Santa Catarina no ano de 2007 com a criação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. O Estado foi dividido em oito macrorregiões de saúde, sendo o Planalto Norte e Nordeste pioneiro nesta discussão. Os Grupos Condutores e os Planos de Ação foram considerados importantes aliados para frutificação desta rede no Estado. Porém, apesar de avanços, a efetivação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina ainda é incipiente, seu processo de formulação e implementação é complexo e desafiador, necessitando do envolvimento de diferentes atores e maior articulação entre seus componentes para sua consolidação.

**Palavras-chave:** Política de saúde; Políticas públicas de saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Gestão em Saúde.

LESSA, Greice. **Analysis of the Emergency Care Policy in Santa Catarina**. 2017. 224p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

### **ABSTRACT**

The National Policy of Attention to the Emergencies was created in 2003 and reformulated in 2011 with the institution of the Network of Attention to the Emergencies and Urgencies. This reformulation became necessary to reorganize care of this magnitude within the scope of the Unified Health System. This study had as objective to elaborate an explanatory model based on the analysis of the National Policy of Attention to the Emergencies in the State of Santa Catarina, after its reformulation. It is a descriptive-exploratory research with a qualitative approach, divided into two phases: a) Documentary research, with an interpretative analysis and b) Grounded Theory (GT), which was approved by the Research Ethics Committee under CAAE n ° 53443216.0.0000.0121. The documentary survey was carried out in consultation with the Minutes of the Bipartite Interagency Committee, National and State Ordinances referring to the National Policy of Attention to the Emergencies and Action Plans for the implementation of the Network of Attention to the Emergencies and Emergencies in Santa Catarina. These findings were organized and later analyzed according to the convergence of ideas to form thematic categories. Thus, two main categories emerged: "Process of Identification of the Problem and Conformation in the Government Agenda" and "Process of formulating the Network of Attention to Emergencies and Emergencies". On the other hand, the theoretical sample that compose the Theory Based on the Data was given through an intensive interview with three sample groups, comprising 20 participants, which included professionals and health managers who experienced or experienced the implementation of this policy in the State. For the analysis of these data, two coding steps were used: initial and focused, and the NVIVO® software was used to organize the data. From the data analysis process, four categories and thirteen subcategories were obtained. The model was supported by the integration of the four categories: "Formulating the RUE", "Putting the RUE to work", "Facing difficulties of management and articulation of the RUE" and "Improving the quality of attention to urgencies", obtaining the phenomenon "By articulating in

macro-regions and elaborating action plans for the implementation of the National Policy of Attention to the Urgencies". Data were collected between July 2016 and August 2017. Data were analyzed in light of the methodology of the policy cycle. The statewide panorama shows that the National Policy of Attention to the Emergencies began its reformulation in Santa Catarina in the year of 2007 with the creation of the Network of Attention to the Emergencies and Urgencies. The State was divided into eight macro-regions of health, with the North and Northeast Planalto pioneering this discussion. Conducting Groups and Action Plans were considered important allies for the fruiting of this network in the State. However, in spite of advances, the implementation of the Emergency and Emergency Attention Network in Santa Catarina is still incipient, its formulation and implementation process is complex and challenging, requiring the involvement of different actors and greater articulation among its components for its consolidation

**Keywords:** Health policy; Public health policies; Emergency Medical Services; Emergency Nursing; Health Management.



LESSA, Greice. **Análisis de la Política de Atención a las Urgencias en Santa Catarina.** 2017. 224p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

## **RESUMEN**

La Política Nacional de Atención a las Urgencias fue creada en 2003 y reformulada en 2011 con la institución de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias. Esta reformulación se hizo necesaria para reorganizar las atenciones de esta magnitud en el ámbito del Sistema Único de Salud. Este estudio tuvo como objetivo elaborar un modelo explicativo a partir del análisis de la Política Nacional de Atención a las Urgencias en el Estado de Santa Catarina, tras su reformulación. Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria de abordaje cualitativo, dividida en dos fases: a) Investigación documental, con análisis interpretativo; b) Teoría Fundamentada en los Datos (TFD), la cual fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo CAAE n ° 53443216.0.00.00.00.0121. El levantamiento documental se realizó en consulta con las Actas de la Comisión Intergestores Bipartita, Portarias de ámbito Nacional y Estadual referente a la Política Nacional de Atención a las Urgencias ya los Planes de Acción para implantación de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias en Santa Catarina. Estos hallazgos fueron organizados y posteriormente analizados de acuerdo con la convergencia de ideas para formar categorías temáticas. Por lo tanto, emergieron dos categorías principales: "Proceso de Identificación del Problema y Conformación en la Agenda de Gobierno" y "Proceso de formulación de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias". El muestreo teórico que compuso la Teoría Fundamentada en los Datos, se dio por medio de una entrevista intensiva con tres grupos muestrales que representaban a 20 participantes, que incluyeron profesionales y gestores de salud que vivían o vivenciaron la implementación de esta política en el Estado. Para el análisis de estos datos se utilizaron dos etapas de codificación: inicial y focalizada, y se utilizó el software NVIVO® para la organización de los datos. Del proceso de análisis de los datos, se obtuvieron cuatro categorías y trece subcategorías. El modelo fue sostenido por la integración de las cuatro categorías: "Formulando la RUE", "Colocando la RUE para funcionar", "Enfrentando dificultades

de gestión y articulación de la RUE" y "Mejorando la calidad de la atención a las urgencias", obteniéndose el fenómeno "Articulándose en macrorregiones y elaborando planes de acción para la implementación de la Política Nacional de la Atención a las Urgencias". La recolección de datos ocurrió entre los meses de julio de 2016 a agosto de 2017. Los datos fueron analizados a la luz de la metodología del ciclo de política. El panorama estadual muestra que la Política Nacional de Atención a las Urgencias inició su reformulación en Santa Catarina en el año 2007 con la creación de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias. El Estado fue dividido en ocho macrorregiones de salud, siendo el Planalto Norte y Nordeste pionero en esta discusión. Los Grupos Conductores y los Planes de Acción se consideraron importantes aliados para la fructificación de esta red en el Estado. Sin embargo, a pesar de avances, la efectividad de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias en Santa Catarina aún es incipiente, su proceso de formulación e implementación es complejo y desafiante, necesitando la participación de diferentes actores y mayor articulación entre sus componentes para su consolidación.

**Palabras clave:** Política de salud; Políticas públicas de salud; Serviços Médicos de Urgencia; Enfermería de Urgencia; Gestión en Salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Seleção dos documentos .....	75
Figura 2	Modelo de memorando	65
Figura 3	Modelo de diagrama. ....	81
Figura 4	Fragmentos da lista de Nós do projeto no NVIVO .....	82
Figura 5	Fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados .....	83

### Artigo 1

Figura 1	Fluxograma de seleção dos trabalhos identificados .....	55
----------	---	----

### Manuscrito 1

Figura 1	Seleção dos documentos .....	94
----------	------------------------------	----

### Manuscrito 2

Figura 1	Fluxograma de seleção dos entrevistados .....	119
Figura 2	Diagrama representativo do fenômeno e suas categorias ....	134

### Manuscrito 3

Figura 1	Fluxograma de seleção dos entrevistados .....	146
Figura 2	Categorias e subcategorias do estudo .....	149



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Síntese do percurso metodológico .....	86
Quadro 2	Descrição dos Manuscritos da tese .....	89

### **Artigo 1**

Quadro 1	Descrição dos estudos sobre Análise de Política .....	56
----------	---	----

### **Manuscrito 1**

Quadro 1	Desenho do componente hospitalar da RUE em Santa Catarina.....	84
----------	--	----

### **Manuscrito 2**

Quadro 1	Categorias, subcategorias e fenômeno do estudo.....	97
----------	---	----



## LISTA DE TABELAS

### Manuscrito 1

Tabela 1	ATAS da CIB com discussões sobre a RUE .....	76
Tabela 2	Portarias Nacionais da Política Nacional de Atenção as Urgências.....	80
Tabela 3	Portarias Estaduais da Política Nacional de Atenção as Urgências.....	83





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GEPADES	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde
IAM	Infarto agudo do Miocárdio
MS	Ministério da saúde
PEN	Programa de pós Graduação em Enfermagem
PNAU	Política Nacional de Atenção as Urgências
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SE	Sala de Estabilização
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>39</b>
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS .....	39
3.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	43
3.3 ARTIGO 1 – ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA .....	50
3.4 O CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL .....	66
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>75</b>
4.1 PRIMEIRO MOMENTO: PESQUISA DOCUMENTAL .....	75
4.1.1 Local do Estudo.....	75
4.1.2 Fonte, coleta e organização dos dados.....	76
4.1.3 Análise dos Dados .....	77
4.2 SEGUNDO MOMENTO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	78
4.2.1 Local do Estudo.....	80
4.2.2 Participantes do Estudo.....	80
4.2.3 Coleta de Dados.....	81
4.2.4 Análise dos Dados .....	82
4.2.5 Validação do Modelo Paradigmático .....	86
4.3 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	86
4.4 SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO .....	87
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>91</b>
5.1 MANUSCRITO 1 – CICLO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: DA IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA .....	92
5.2 MANUSCRITO 2 – MODELO EXPLICATIVO SOBRE A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA.....	118

5.3 MANUSCRITO 3 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA .....	147
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>175</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL .....</b>	<b>194</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL .....</b>	<b>196</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL .....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO .....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>222</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta Tese tem como objeto de estudo a Análise da Política de Atenção às Urgências em Santa Catarina. O estudo vincula-se academicamente ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

O interesse pela temática surgiu a partir da minha trajetória acadêmica e profissional na enfermagem.

Durante a pesquisa de Dissertação do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, desenvolvido na Universidade do Vale do Rio Itajaí (UNIVALI), iniciei os estudos sobre avaliação de política pública. Foi a partir deste momento que o estudo de políticas de saúde passou a fazer parte de minha vida acadêmica. Porém, sentia a necessidade de estudar as políticas públicas de saúde de forma mais profunda, a fim de responder inquietações que a prática profissional me proporciona diariamente.

Na minha prática profissional, como enfermeira de uma Unidade de Pronto Atendimento, de um município de pequeno porte, vivencio quase que diariamente dificuldades enfrentadas no atendimento e na transferência de pacientes em situações de urgência, para os hospitais de alta complexidade. Aliado a isso, percebo pouca articulação entre a Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento e Hospital, fazendo com que este paciente fique perambulando pelos serviços sem ter garantida uma assistência efetiva e de qualidade.

As pesquisas realizadas durante a formação de mestrado, a vivência profissional em serviços de urgência e emergência, aliadas a prática docente no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Barriga Verde, na disciplina de Gestão em Unidades Básicas de Saúde e na disciplina de Políticas Públicas no curso de Pós-Graduação em Obstetrícia, da Faculdade ESUCRI, impulsionaram-me a estudar as políticas públicas de saúde. Assim, ao longo dos meus estudos, para delinear o projeto de tese, encontrei o método do ciclo de política que proporciona analisar uma política pública dividindo-a em fases, o qual inspirou a realização deste trabalho.

Embora a enfermagem ainda não tenha se empoderado dessa prática, acredito que precisamos incorporar a discussão sobre análise de

política, uma vez que somos os profissionais que estamos diretamente ligados a aplicabilidade destas políticas.

Para analisar a Política de Atenção as Urgências, esta Tese está organizada e estruturada da seguinte forma:

No Capítulo 1, Introdução, apresenta-se a problematização do objeto de pesquisa, a justificativa teórica para a sua realização, as questões e os objetivos norteadores e a tese a ser defendida por meio deste estudo.

O Capítulo 2 traz a fundamentação teórica, que está organizada em **quatro** eixos: Políticas Públicas; Análise de Políticas Públicas; Análise de Políticas Públicas de Saúde; O contexto da urgência e emergência no Brasil. O tópico referente Análise de Políticas Públicas de Saúde corresponde a um artigo de revisão **narrativa**, já publicado na Revista **Cogitare Enfermagem** (Qualis **B1**), v. 20, n. 1, p. 191-7, 2015. Todavia, ressalva-se que novas buscas na literatura foram realizadas para discussão dos resultados da Tese.

No Capítulo 3, descrevem-se os aspectos metodológicos do estudo, que se configura como uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, dividida em dois momentos: pesquisa documental e uma Teoria Fundamentada nos Dados.

No Capítulo 4, apresentam-se os três manuscritos elaborados a partir dos dados coletados durante a pesquisa, os quais se intitulam: (1) Ciclo da Política de Atenção as Urgências no Estado de Santa Catarina: da identificação do problema à formulação da política; (2) Modelo explicativo sobre a formulação e implementação da Política de Atenção as Urgências no Estado de Santa Catarina; e, (3) Processo de implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina.

O Capítulo 5 corresponde às Considerações Finais, em que se apresenta uma síntese dos resultados da pesquisa, as contribuições e as limitações do estudo, bem como recomendações para a prática, o ensino e a pesquisa em Gestão em Enfermagem/Saúde e Estudo de Políticas Públicas de Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

As políticas estão ao nosso redor e, direta ou indiretamente, influenciam muitos aspectos de nossa vida. Muitas vezes, as pessoas se perguntam como essas políticas foram concebidas, por que os políticos decidiram implementar essa política, e não outra, por que ela foi implementada daquela maneira, como os recursos foram usados e assim por diante (MARCHI; LUCERTINI; TSOUKIÀS, 2016). Para responder tais questionamentos são elaborados estudos sobre Análise de Política.

Ao longo das últimas décadas, um número crescente de estudos tem sido desenvolvido com base na Análise de Política. Trata-se de um campo de pesquisa relativamente consolidado no exterior e, cada vez mais, também no Brasil. A Análise de Política busca entender o porquê e para quem aquela política foi elaborada, e não só olhar o conteúdo da política pública em si (SERAFIM; DIAS, 2012).

A materialização de uma política pública passa por alguns momentos de maturação. A modelização do processo de elaboração de uma política é denominada de ciclo da política (“policy cycle”). Este ciclo é dividido em cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos: identificação de problemas; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO 2013). Apesar de alguns estudiosos criticarem esta lógica de divisão da política em ciclos ou fases, alegando que na prática nem sempre as políticas se configuram pelas mesmas fases, esta ainda é a metodologia mais indicada para análise de política (HOWLETT; MCCONNELL; PERL, 2016).

No Brasil, o sistema público de saúde é permeado por inúmeras políticas, as quais carregam a missão de colocar em prática as ações propostas pelo Governo.

Entre os nós críticos do Sistema Único de Saúde brasileiro, destacam-se os serviços de urgência e emergência. Estes são destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas, com ou sem risco de morte e constituem importantes componentes do sistema brasileiro de atenção à saúde. Porém, são alvo preferido de críticas ao modelo nacional de assistência à saúde, sendo estes os que sofrem o maior impacto da desorganização do sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Estrutura inadequada de unidades de saúde, superlotação dos prontos socorros motivados pela incapacidade de resolução de problemas simples da população na Atenção Básica à Saúde, processo de trabalho nas portas de entrada das urgências sem classificação de risco e com cuidado fragmentado, arcabouço físico e tecnológico insuficiente e dificuldade de acesso às unidades de saúde são alguns dos obstáculos que afetam diretamente os serviços de urgência, ocasionando superlotação e deficiência de atendimento (VALENTIM; SANTOS, 2009; MACHADO; FERREIRA; O'DWYER, 2011; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Este problema ocasionado pela superlotação dos serviços de urgência e emergência repercute diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes. A superlotação está na maioria das vezes relacionada à utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência, sendo prejudicial tanto para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, quanto para os não graves, os quais ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido a continuidade de seu tratamento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Nesse sentido, o usuário procura atendimento no serviço de saúde que julga oportunizar o cuidado mais efetivo à sua necessidade, não levando em consideração muitas vezes a sua classificação de urgência ou emergência (BARATIERI et al, 2017).

Outra justificativa para o aumento exacerbado dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência está relacionada também às modificações que vem acontecendo no perfil sócio demográfico e etário da população e o aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e gerando aumento da procura por serviços de saúde (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013).

Sendo assim, na expectativa de enfrentar uma expressiva insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares públicas, o Ministério da Saúde brasileiro lançou em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências. Porém, a estruturação desta Política iniciou muito antes da sua publicação. Já na década de 1990 surgiram as primeiras discussões sobre o atendimento as urgências e emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionadas pelos complexos cenários assistenciais que têm caracterizado as portas de pronto atendimento e prontos-socorros pelo Brasil em diferentes localidades. No ano de 2002, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas



Estaduais de Urgências e Emergências, visando estruturar toda a rede assistencial, incluindo os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU, resgate, ambulâncias), até a rede hospitalar de alta complexidade, e definindo como atribuição da Atenção Básica o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade (UNA-SUS, 2015). Toda esta articulação passou a ser bem definida a partir de 2003, com a aprovação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada na Portaria nº 1.863, reafirmando as atribuições e desafios relacionados à Atenção Básica (BRASIL, 2003).

Esta Política foi reformulada em 2011, por meio da Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011, a qual institui também a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS. A RUE foi lançada considerando que o atendimento de urgência deve ser realizado em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, garantindo atendimento integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011). Portanto, o objetivo é ofertar um cuidado contínuo e qualificado, através de um conjunto de serviços organizados tecnologicamente, levando-se em consideração particularidades que exigem diferentes ofertas assistenciais (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A organização do cuidado em rede não se configura como um discurso recente no Ministério da Saúde. Este discurso está presente desde a idealização do Sistema Único de Saúde, porém somente em 2010 é que o Ministério da Saúde lançou oficialmente através da Portaria 4.279, a Rede de Atenção a Saúde (RAS), com proposta de organizar as ações e serviços do setor de saúde de forma articulada (AMARAL; BOSI, 2016).

As Redes de Atenção a Saúde são operacionalizadas através das Redes Temáticas. Sendo assim, cada rede temática organiza o cuidado, nos diferentes níveis tecnológicos de forma singular. A ideia central da divisão da RAS em diferentes redes está relacionada à capacidade de indução que determinados temas apresentam para organizar o conjunto das RAS (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Diante dessa proposta, o Ministério da Saúde ancorou-se na estratégia da prática efetiva do conceito de rede em saúde para reorganizar a demanda dos serviços de urgência e emergência, com

intuito de promover a redução da superlotação desses serviços (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013). A criação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências surge com a responsabilidade de ofertar uma assistência oportuna e resolutiva.

Porém, para a implementação da RUE, é fundamental superar o caráter formal das normas e das diretrizes instituídas desde a implantação do SUS, promovendo a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de saúde e de reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Sendo assim, a RUE surge com o compromisso de prestar atendimento aos usuários com quadros agudos, através das portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Estes serviços devem ser organizados em redes regionais de atenção às urgências, garantindo a resolução integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2014).

Para a implementação dos componentes da RUE e sua efetivação vários são os desafios a serem enfrentados. Um dos principais obstáculos se refere à mudança nos modelos de gestão e atenção à saúde. Esta nova lógica de gestão deve considerar a articulação dos serviços de saúde, de maneira que se complementem, além de ampliar o atendimento de urgência e emergências de baixa gravidade nos serviços da Atenção Básica, de acordo com sua capacidade tecnológica. Sendo assim, fazem-se necessários investimentos em recursos humanos e materiais, além de reestruturação física dos serviços de saúde (GARCIA; REIS, 2014).

A pretensão de se organizar um sistema regional em rede de atenção à saúde propõe assegurar diferentes serviços em diversos níveis de complexidade técnico sanitária, garantindo mediante a articulação de serviços dos entes federativos, robustez tecnológica à rede (SANTOS, 2017). Com a reformulação da Política Nacional de Atenção as Urgências e criação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no SUS, torna-se necessário analisar e discutir as contribuições e/ou impasses gerados por estas estratégias no cenário da saúde brasileira.

A organização do cuidado em forma de rede traz um novo desafio às análises dos sistemas de saúde. As práticas de investigação neste campo, precisam seguir métodos rigorosos, possibilitando compreender o impacto gerado com a implementação desta nova lógica

de oferta de cuidado no SUS, assim como seus processos gestados (AMARAL; BOSI, 2017).

Nesse contexto, esta pesquisa foi impulsionada pelo anseio de compreender o cenário de elaboração de uma política pública, seus fatores influentes, aliados à curiosidade e preocupação acerca do desenvolvimento e gerenciamento do setor Saúde.

O tema é atual, pois proporciona uma análise sistemática das fases de elaboração e implementação das políticas públicas de saúde, mais especificamente à política pública voltada para o atendimento de urgência e emergências em saúde. Em uma busca na literatura identificou-se diferentes estudos voltados para avaliação e análise de componentes específicos da Política Nacional de Atenção as Urgências como, Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais etc (BARRETTO; FREIRE, 2011; DUBEUX, FREESE; REIS, 2010; LUCHTEMBERG et. al, 2014; O'DWYER; MATTOS, 2013). Porém, foi localizado apenas um estudo que abordou o contexto da RUE, sendo este no Estado de Minas Gerais (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015). Sendo assim, a produção científica sobre o tema em questão é escassa (LESSA et al, 2015), mesmo sendo um momento em que o país se envolve em um grande esforço para implantar políticas públicas que possam contribuir para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

O Estado de Santa Catarina vem implementando a PNAU por meio da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. Para isso, dividiu-se em oito macrorregiões de saúde: Planalto Norte e Nordeste, Vale do Rio Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Grande Florianópolis e Sul. Esta divisão segue a proposta do Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina, com a ressalva de que no PDR a macrorregião Planalto Norte e Nordeste são separadas (SANTA CATARINA, 2012). É fundamental ressaltar a importância desta temática para a enfermagem, uma vez que os profissionais dessa categoria exercem papel primordial nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, não somente em nível hospitalar, mas também na atenção básica e de média complexidade. Nesse sentido, a compreensão pela enfermagem da forma como se estruturam as políticas públicas e, entre elas as políticas de saúde, faz-se necessário para que ocorram as intervenções necessárias. Os profissionais de enfermagem precisam incorporar a discussão sobre análise de política, uma vez que estes estão

diretamente relacionados à aplicabilidade dessas políticas (LESSA et al., 2015).

Reconhecendo a importância da instituição de uma assistência oportuna e efetiva aos casos de urgência e emergência, e as significativas lacunas que ainda a permeiam, estabeleceu-se como questão norteadora: Como ocorreu o processo de reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e como esta vem sendo implementada em Santa Catarina?

A partir do desenvolvimento deste estudo, defende-se a **tese** de que a reformulação da PNAU e a instituição da RUE no Estado de Santa Catarina foi realizada por meio de um modelo de gestão regionalizado proposto pelas redes de atenção à saúde e promoveu melhorias no acesso e na qualidade da assistência aos pacientes nos serviços de urgência e emergência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender o processo de formulação e implementação da Política de Atenção as Urgências no Estado de Santa Catarina.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os problemas identificados pelo Executivo Federal que impulsionaram a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Analisar como esses problemas foram contemplados na agenda de governo;
- Elaborar um modelo explicativo a partir da análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção apresenta alguns conceitos e eixos de pensamento que dão sustentação teórica à problemática investigada. Para tanto, organizou-se o texto em quatro tópicos: 1) Políticas Públicas; 2) Análise de Políticas Públicas; 3) Análise de Políticas Públicas de Saúde e 4) O contexto da urgência e emergência no Brasil.

#### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo das políticas públicas enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu nos Estados Unidos (EUA) como subárea da ciência política, em contramão aos estudos desenvolvidos até então na Europa. As pesquisas guiadas por tradição europeia preocupavam-se em explicar o papel do Estado e suas instituições. Nos EUA, por sua vez, a área de políticas públicas surge não necessariamente fazendo relação com as bases teóricas sobre o papel do Estado, e sim enfatizando estudos sobre as ações dos governos. O foco então passa a ser o estudo de como e por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006).

Porém, o fato dos estudos produzidos pelos norte americanos no campo da política ter impulsionado o crescimento do conhecimento na área, não os livrou das críticas. Alguns estudos da época deixaram a desejar, principalmente do que diz respeito aos seus resultados, não explicitando as relações complexas entre as diferentes formas de intervenção do Estado, assim como, as relações de interesse, estruturas, ideologias e até mesmo a natureza do Estado interventor (GIOVANNI, 2009).

Para Souza (2006), os primeiros estudiosos de políticas públicas, chamados pela autora como os “pais” fundadores da área de políticas públicas, são: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

Laswell (1936) foi o precursor da expressão *policy analysis* (análise de política pública). Este autor buscou conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos, tornando-se uma das principais referências na área de políticas públicas. Simon (1957) destacou o papel dos *policy makers* (decisores públicos), sobretudo no que diz respeito à racionalidade limitada desses decisores, oriunda de problemas como: informação incompleta ou imperfeita, tempo para tomada de decisão, auto interesse dos decisores, entre

outros. O racionalismo de Lasswell e Simon foi questionado por Lindblom (1959; 1979). Este autor propôs variáveis até então não discutidas à formulação e à análise de políticas públicas, como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesses, além das questões de racionalidade apresentadas por Lasswell e Simon. Já Easton (1965) incorporou ao estudo das políticas públicas o conceito de sistema, onde a política pública é definida como uma relação entre a formulação, resultados e o ambiente. Para este autor, os resultados e efeitos das políticas públicas sofrem influência de diferentes grupos de interesse, partidos e mídia (SOUZA, 2006).

Apesar dos diferentes enfoques e estilos intelectuais, o campo de estudo das políticas está em franca expansão, sobretudo a partir dos anos 1960, consolidando-se como disciplina na área da Ciência Política.

Segundo Secchi (2014), a política pública é defendida por atores e pesquisadores que se dividem em duas correntes: a abordagem estatista e a abordagem multicêntrica.

De acordo com a abordagem estatista, uma política é considerada pública apenas quando o formulador apresenta personalidade jurídica estatal, ou seja, é formulada por atores governamentais. Isso não significa dizer que a política não sofre influência dos atores não estatais. Estes atores influenciam o processo de formulação da política pública, porém não lhes cabe a função de estabelecer e liderar este processo (SECCHI, 2014).

Nessa mesma linha de pensamento, Rua (2009) destaca que política pública refere-se ao conjunto de ações e decisões envolvendo unicamente bens públicos, uma vez que ações e decisões privadas, mesmo com interesse público, não se caracterizam como política pública.

Para os autores que defendem a abordagem multicêntrica, o foco que caracteriza uma política como pública ou não, diz respeito ao objetivo da política e não as características dos formuladores.

Na abordagem multicêntrica, uma política é considerada pública, quando o problema a ser enfrentado é público, independente se os formuladores da política são atores estatais ou não estatais (LIMA, 2012). A essência conceitual de política pública refere-se ao problema público, ou seja, é considerada pública quando se tem a intenção de intervir em um problema público. Esta política pode ser estabelecida em parcerias com organizações privadas, organizações não governamentais,



atores estatais, entre outros, com o objetivo de responder a um problema público (SECCHI, 2014).

Assim, de forma simplista, pode-se dizer que a abordagem estatista caracteriza a política pública com base nos seus formuladores e a abordagem multicêntrica apoia-se no objetivo da política.

As duas vertentes, estatista e multicêntrica, apresentam argumentos ponderáveis. A abordagem estatista, facilita o estudo das políticas públicas, uma vez que o foco será o Estado, reduzindo assim o universo autoral dessas políticas. Por sua vez, esta visão reduz o campo de estudo nesta área, que poderia ser analisado de forma mais ampla e complexa. A sociedade precisa ter suas demandas atendidas, independente se as ações partirem do Estado ou não (LIMA, 2012).

Na abordagem multicêntrica, um dos problemas está em identificar se o objetivo de uma política é de fato público ou privado. Esta linha amplia de forma considerável o número de políticas consideradas públicas, além de incorporar uma diversidade de decisores, arenas e processos, o que por sua vez pode confundir o processo e compressão da política (THEODOULOU, 1995; SECCHI, 2014).

Diante do exposto, fica evidente que o conceito de políticas públicas não segue uma única definição. Um dos conceitos mais conhecidos é apresentado por Lasswell (1936), defensor da ciência política como ciência do poder, o autor destaca que para tomar decisões e analisar políticas públicas, faz necessário responder questões como: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já Mead (1995) conceitua política pública como uma área dentro do estudo de políticas, que analisa o governo com base em grandes questões públicas. Lynn (1980) e Peters (1986) seguem a mesma linha, e conceituam política pública como o emaranhado de ações do governo com a pretensão de produzir efeitos específicos e que influenciam a vida dos cidadãos. Já Dye (1984) aborda o conceito de políticas públicas como às escolhas do governo, ou seja, o que o governo decide ou não fazer (SOUZA, 2006).

Secchi (2014) questiona o conceito de Dye, quando este afirma que a “não ação” do governo também é considerada uma política pública. Secchi considera que a inércia de um governo frente a um problema público crônico, não deve ser considerada uma política pública, mas a falta de inserção do problema na agenda formal do governo. O que se tem diante de tal situação é a falta de uma política pública voltada para resolução de tal problema, ou a escolha de manter uma

política já existente, mesmo esta não sendo capaz de solucionar o problema.

Apesar da multiplicidade de pensamentos que envolvem o conceito de política pública, torna-se importante destacar que independente da vertente defendida por diferentes autores, há um consenso de que as políticas públicas interverem profundamente na vida de cada indivíduo e sociedade.

Nos Estados Unidos, dois termos são bastante utilizados e apresentam uma peculiaridade linguística considerada importante e que se deve ter clareza de sua distinção ao estudar políticas públicas: *politics* e *policy*.

*Politics* está relacionado às atividades políticas, ou seja, ações que expressam relações de poder, com objetivo de solucionar de forma pacífica conflitos relacionados e decisões políticas (RUA, 2009). Refere-se aos fenômenos de poder, eleições, conflitos relativos ao poder, partidos, entre outros (GIOVANNI, 2009).

Pode-se dizer que o termo *politics* define a dinâmica de relações entre diferentes atores governamentais, de bases aliadas ou não ao governo, com o intuito de discutirem reivindicações públicas.

Já o termo *Policy* ou *Policies*, refere-se à formulação de propostas, decisões e implementações de medidas com o intuito de intervir em temas que afetam a coletividade. Sendo assim, *policy* (políticas públicas) são resultantes de *politics* (atividade política). Porém deve-se ter clareza que apesar de toda política pública ser oriunda de decisão política, nem toda decisão política gera uma política pública (RUA, 2009).

Quando falamos em Política Pública, estamos nos referindo ao segundo sentido da palavra política (*policy*). As políticas públicas referem-se ao conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, assim como o processo de construção e atuação dessas decisões (SECCHI, 2014).

Observa-se, um conceito evolutivo de políticas públicas, uma vez que as relações entre Estado e sociedade passam por um processo constante de transformações históricas, sendo estas relações permeadas por intervenções variadas, porém cada vez mais referidas aos processos de democratização das sociedades contemporâneas (GIOVANNI, 2009).

Essas reflexões a respeito das ações dos Estados ou Governos motivaram pesquisadores a dedicarem-se a produzir estudos com foco na análise de políticas públicas.

Analisar uma política pública permite compreender não somente sua estrutura, mas, sobretudo a complexidade ao qual está inserida. Por exemplo, ao direcionar o olhar para o processo de formulação da política, focando o comportamento dos atores sociais, busca-se responder questões do tipo por que e para quem esta política foi elaborada, e não apenas o seu conteúdo explícito (SERAFIM; DIAS, 2012).

### 3.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O processo de análise de políticas públicas deve considerar que “a forma com que se entende uma política está diretamente relacionada com a percepção que se tem de Estado”. (SERAFIM e DIAS, 2012 p. 124). É com base nesta afirmação que antes de entrarmos de fato no campo da análise de políticas públicas iremos, ainda que de forma simplista, discutir o papel do Estado capitalista nas políticas públicas. Não se pretende aqui realizar uma reflexão aprofundada nesta temática, mas fornecer subsídios para uma melhor compreensão do processo de análise de políticas públicas.

Por vezes, principalmente nos países da América Latina, o Estado é visto como o principal responsável por promover o desenvolvimento nacional. O termo “Estado Forte” está constantemente imbricado no discurso dos atores envolvidos no processo de formulação de políticas públicas. O problema está em deixar claro esta visão, o Estado é Forte para quem? Quem de fato se beneficia com as ações promovidas pelo Estado? Se pensarmos no Estado capitalista, poderíamos apontar que a classe dominante é a principal beneficiada. Nesta concepção, o Estado tomaria as decisões e as repassaria para a sociedade por meio de políticas públicas. Ou seja, caberia ao Estado tomar as decisões de forma autônoma e as transferirem para a sociedade, a qual acataria sem pestanear. Porém esta relação entre Estado e sociedade não é tão simples assim. O Estado não tem total autonomia sobre a sociedade e esta não é completamente dependente da máquina estatal. Esta relação é permeada por complexidade, tornando-se o Estado produto e produtor das relações sociais (SERAFIM; DIAS, 2012).

Sendo assim, ao se analisar políticas públicas, devem-se levar em conta que estas ocorrem em meio ao Estado capitalista. Os processos políticos são influenciados pela sociedade, e sendo esta capitalista, os

conflitos entre classes sociais estarão presentes e manifestados também em nível de Estado (HAM; HILL, 1993).

É justamente esta preocupação com as ações dos governos e a formulação de políticas públicas que dão origem a análise de políticas.

O movimento dos direitos civis e as políticas contra a pobreza, na década de 60, assim como, o crescimento do financiamento público de programas sociais e econômicos no período pós-guerra na Europa e a expansão do domínio norte-americano, tornou necessário aliar conhecimento científico à gestão pública, para implementação de políticas efetivas, o que impulsionou o desenvolvimento de estudos sobre análise de políticas públicas (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013).

Os objetos de estudo da análise de políticas públicas são as decisões políticas e os programas de ação dos governos, investigando sobre a origem dos problemas que tal política pretende atacar, as soluções formuladas e as condições da sua implementação (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Para Ham e Hill (1993), a análise de políticas tem origem em duas vertentes: a primeira relacionada às dificuldades vivenciadas pelos formuladores de políticas, em produzirem políticas capazes de intervir de forma efetiva nas realidades a que se propôs modificar, levando-se em consideração a complexidade cada vez maior dos problemas emanados pela sociedade. Já a segunda vertente, direciona-se as pesquisas acadêmicas na área das ciências sociais, que com o passar do tempo começaram a direcionar seu foco nas questões relacionadas às políticas públicas, na tentativa de contribuir com o setor público na resolução de problemas enfrentados, aplicando seu conhecimento científico.

Estes mesmos autores classificam os estudos de análise de políticas em duas grandes categorias, o que chamam de *Analysis of policy e analysis for policy*. A primeira categoria abordada (*analysis of policy*) relaciona-se a uma análise de política descritiva, ou seja, o objetivo é produzir conhecimento sobre o processo de elaboração da política, resultando numa melhor compreensão do processo político. A segunda categoria (*analysis for policy*) apresenta um caráter prescritivo ou propositivo, tem o objetivo de auxiliar os formuladores de política no processo de elaboração da política, ou seja, é uma análise destinada ao auxílio de solução dos problemas sociais (HAM; HILL, 1993).

Análise de Política Pública é um campo de pesquisa que atrai atenção cada vez maior de gestores e pesquisadores, sendo este consolidado no exterior, mas ainda incipiente no Brasil (SERAFIM; DIAS, 2012; COTEZ; LIMA, 2012). Porém, os cenários brasileiros veem se modificando a partir dos anos 2000 e direcionando atenção a esse campo de pesquisa. Prova disso, é o fato do Ministério da Saúde Brasileiro (MS) estar interessando em patrocinar um número cada vez mais elevado de publicações voltadas principalmente para estudos e análises de políticas. O papel do MS no apoio e financiamento de estudos orientados às políticas garante legitimidade ao campo e contribui para a consolidação e profissionalização da análise de políticas no Brasil (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013).

As políticas públicas, enquanto objeto de estudo, configuram-se em processos complexos, que envolvem ações e decisões de nível local, regional, nacional ou internacional, e para isso envolve diferentes atores como, governantes, legisladores, eleitores, administração pública, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos internacionais (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Analisar uma política pública não é uma tarefa fácil, uma vez que se faz necessário direcionar o olhar para diferentes áreas. O analista de política pública precisa ter conhecimento sobre restrições legais e financeiras, além de ser capaz de compreender como surgiu o problema público, o que fez este problema ganhar relevância no meu político, quais propostas de soluções existem, porque estas soluções ainda não foram colocadas em prática, as dificuldades para implementar tais soluções, as possibilidades de êxito dessas medidas e como avaliar os impactos de uma política (SECCHI, 2014).

Diante da complexidade que envolve o campo das políticas públicas e consequentemente seu processo de análise, torna-se necessário discutir metodologias apropriadas, capazes de consolidar o processo de análise de uma política pública.

Alguns autores defendem a utilização de diferentes metodologias para análise de política, como divisão da política em ciclos, fases e fluxos, cada um com foco em determinado momento da política, que juntas proporcionam uma análise mais profunda e fidedigna da política (HOWLETT; MCCONNELL; PERL, 2016).

O modelo mais difundido no campo da análise de política é a ideia do Ciclo de Política, que a divide em determinadas fases, facilitando assim sua análise.

Um dos autores pioneiros no estudo de análise de políticas e que propôs a divisão da política por fases, foi Harold Lasswell. Em sua publicação *“The Policy Sciences”* (1951), propôs uma divisão do processo de construção e desenvolvimento da política nas seguintes fases: informação, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. Este método foi criticado por diferentes autores, por considerarem que uma política não apresenta um ciclo contínuo e definido. Lindblom(1959) destaca que o processo político e decisório é complexo e não apresenta definido um início ou fim (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Esta ideia de dividir a política em etapas ou fases de desenvolvimento tornou-se objeto de estudo no campo das políticas públicas. Muitos autores contribuíram para aprofundar a proposta de Lasswell, tornando-a ponto de partida para a construção de novos modelos e quadros teóricos da análise de políticas públicas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Os críticos ao modelo de Lasswell defendem a importância de se reconhecer que em cada fase do processo de construção e desenvolvimento de uma política pública, ocorrem novas decisões políticas. Sendo assim, destacam que o ciclo da política não se apresenta como mecanismo operativo perfeito, mas emanado de um processo com inúmeros momentos de reformulação. Apesar das críticas a ideia do ciclo da política, dividido em fases, se mantém como o modelo mais conhecido ao se analisar políticas (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Alguns autores, seguindo a lógica da divisão da política em fases, propuseram novas etapas do ciclo, como por exemplo Howlett e Ramesh (1990), defensores de que uma política tem seu início na identificação do problema, passando pelo processo de formulação, implementação e por fim avaliação. Estes autores condensaram o ciclo da política em cinco fases: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação (HOWLETT; RAMESH, 1995).

Seguindo esta mesma lógica, Frey (2000, p.226) destaca que para analisar mais profundamente o surgimento e o percurso de um programa político, deve-se avaliar intensamente o ciclo da política, tornando necessário conhecer os “arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas”.

Secchi (2014) defende a utilização do ciclo de política para facilitar a análise da política, apesar de reconhecer que este “ciclo” raramente reflete a real dinâmica de uma política, uma vez que o processo de construção e implementação de uma política pública é inserto e as delimitações entre as fases não são nítidas. Porém, apesar dessas ponderações, o ciclo de política apresenta grande utilidade ao se analisar uma política pública. Este facilita o processo de compreensão da política, ajudando a organizar melhor os dados e simplificando sua complexidade.

O ciclo de política se preocupa em compreender os modos da ação pública, explicitando o funcionamento, continuidades e rupturas das políticas públicas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

O ciclo de política facilita também a visualização de diferentes momentos no processo de construção de uma política, possibilitando a análise das especificidades de cada um destes momentos, e assim maior conhecimento e intervenção sobre o processo político (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Ao discutir o ciclo de política, Secchi acrescenta duas novas fases que julga importante, dividindo então o ciclo em sete fases: Identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, Tomada de decisão, Implementação, Avaliação e Extinção (SECCHI, 2014).

Na perspectiva do ciclo de política, a primeira fase é constituída da identificação do problema ou formulação da agenda política.

Na maioria das vezes, na área da saúde, os problemas são socialmente produzidos, ou seja, são oriundos de grupos sociais que apresentam suas demandas e sensibilizam outros grupos na tentativa de atender suas reivindicações (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014). Sendo assim, os problemas surgem de maneira distinta e adquirem adesão do governo também de forma diferenciada (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Neste sentido, o ponto de partida para a construção de uma política é a identificação do problema. Porém, esta não é uma tarefa tão simples quanto parece. Alguns questionamentos tornam-se importantes ao se analisar esta fase, como: de que forma os problemas são identificados pelos governantes e quais problemas são de fato reconhecidos como relevantes.

Entre os principais estudiosos e analistas de agenda política, está John Kingdon. Este autor desenvolveu um estudo, em que analisou

duas políticas (saúde e transporte) nos EUA, procurando identificar como alguns temas relativos a estas políticas passaram a integrar a agenda de governo e como foram produzidas as ações para solucionar tais problemas (KINGDON, 1987).

Kingdon identificou que os problemas se apresentam de forma diferenciada e ganhavam atenção do governo de forma distinta. Observou também que a agenda de governo sofre alterações à medida que os cenários políticos sofrem mudanças (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Os problemas públicos são assuntos que interessam diretamente os partidos políticos, agentes políticos e organizações não governamentais. Quando este é identificado por algum ator político e se este apresenta interesse na sua solução, pode reivindicar para que o problema entre na agenda de governo. Sendo assim, a agenda de governo é constituída de problemas ou temas entendidos como relevantes e que merecem atuação, muitas vezes originando a criação de uma política pública (SECCHI, 2014).

Após a identificação do problema, a próxima fase que se apresenta é a formulação da política, ou formulação de alternativas. Ou seja, é o momento em que serão decididas quais ações deverão ser tomadas no anseio de amenizar ou solucionar o problema identificado.

No momento em que o problema sensibiliza atores governamentais e entra na agenda de governo, deve haver um esforço para construção de soluções, ou seja, formulação de objetivos, tornando-se estes os resultados esperados da política pública (SECCHI, 2014). Trata-se de uma fase de diálogo entre as intenções e as ações, onde serão formuladas soluções e alternativas para resolução dos problemas (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Diante da identificação de um problema e o reconhecimento da necessidade de intervenção pelo governo, os *Policy Makers* (fazedores de política) com uma variada gama de opções para enfrentar o problema, precisam decidir quais ações serão implementadas, e é neste momento que se inicia o processo de formulação de política pública (SERAFIM; DIAS, 2012).

Seguindo a lógica do ciclo de política, a próxima fase é a Tomada de Decisão. É nesta fase que os objetivos para enfrentar o problema público são explicitados.

Na tomada de decisão, o governo opta por determinadas soluções ou combinação dessas, em um dado curso de ação ou não ação



(SERAFIM; DIAS, 2012). Os *policy makers* utilizam-se de três dinâmicas para escolher as alternativas de solução do problema público: estes têm o problema em mãos e correm atrás das soluções, utilizando como critérios de escolhas o custo, rapidez, sustentabilidade, equidade ou outro critério para tomada de decisão; eles podem ir ajustando os problemas às soluções e as soluções aos problemas num processo dinâmico e simultâneo ou ainda, eles podem ter soluções em mãos e correr atrás dos problemas (SECCHI, 2014).

O resultado desse processo dá origem à formalização das decisões, estas podem ocorrer por meio de medidas administrativas do legislativo (leis), do executivo (decretos, medidas provisórias e resoluções) e do judiciário (interpretações das leis), configurando assim a fase final do processo decisório (SERAFIM; DIAS, 2012).

Identificado o problema, dado sua entrada na agenda de governo, ocorrido o processo de formulação da política e tomada de decisão, chega à fase da implementação da política pública. Esta fase pode ser entendida como o momento de colocar as ações escolhidas para solucionar o problema em prática.

O processo de implementação de uma política pública, refere-se à fase em que as ações de atores públicos ou privados são dirigidas ao cumprimento de objetivos definidos em decisões políticas anteriores. Este momento é considerado como a fase administrativa da política e envolve diversos sistemas como: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Estudar a fase de implementação da política pública busca responder questões, tais como o porquê certas políticas são bem sucedidas e outras não. Também oportuniza a visualização de erros anteriores à tomada de decisão, com o intuito de identificar problemas mal formulados e objetivos traçados erroneamente (SECCHI, 2014; BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Nos estudos de análise de implementação da política, destacam-se dois enfoques com perspectivas diferentes: *Top-down* e *Botton-up*.

Na perspectiva *top-down*, o controle dos fatores políticos, organizacionais e técnicos estão centralizados nos *policy makers* (fazedores de política). Sendo assim, os insucessos da implementação de uma política pública, são encarados como desvios de rota em nível local, onde os atores locais não foram capazes de executar a política da

maneira como foi proposta. Já a perspectiva *botton-up* segue a ideia de que não há um controle exato sobre o processo de implementação da política. A implementação é encarada como um processo de negociação entre os interessados em colocar a política em ação e aqueles que serão afetados por ela. Neste caso, o controle não está centralizado nos *policy makers* e o insucesso da implementação da política é visto como a incapacidade de negociação durante o processo (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Já a fase de avaliação da política, entendida por muitos autores como a fase final da política, refere-se ao momento em que se faz um julgamento de valor a respeito das intervenções colocadas em prática.

A avaliação pode ser entendida como um tipo de julgamento sobre as práticas sociais, incluindo aquelas que correspondem às intervenções, formalizadas ou não em planos de governo, formuladas com o intuito de mudar uma determinada situação (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014).

Para Secchi (2014), este é o momento chave da análise, que produz *feedback* sobre as fases anteriores, uma vez que é nesta fase que o processo de implementação e desempenho da política são examinados.

Esta avaliação tem o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, sendo este, um processo de monitoramento dos resultados com perspectiva de avaliar a política implementada e reconduzir os seus cursos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Diante do contexto, é notório que a análise de políticas públicas tem se ancorado não apenas em estudos de políticas públicas, mas, sobretudo em pesquisas que subsidiem a formulação, a implementação e a avaliação de políticas (FARAH, 2016).

### 3.3 ARTIGO 1 – ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA

#### **ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA<sup>1</sup>**

#### **ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES: A NARRATIVE REVIEW**

---

<sup>1</sup> Artigo publicado: LESSA, G. et al. Análise de políticas públicas de saúde: revisão narrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 191-7, 2015.

## ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: REVISIÓN NARRATIVA

**RESUMO:** Análise de políticas públicas pode ser entendida como análise das atividades realizadas por um governo com objetivo de intervir em determinada realidade ou problema social. O objetivo do estudo é realizar revisão narrativa procurando identificar os conceitos e métodos utilizados para análise de políticas. Foram adotados como descritores: Políticas de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Formulação de Políticas e Análise, pesquisados nas bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Publisher Medline e Base de Dados de Enfermagem. A pesquisa foi realizada no período de junho de 2013 a março de 2014. Foram elegíveis 32 artigos para extração dos dados, publicados entre 2008 e 2012. Após critérios de exclusão, 05 artigos foram analisados, destes, emergiram três categorias: Bases Conceituais; Bases metodológicas e Desafios para a enfermagem. Identificou-se o Ciclo de política como o instrumento mais utilizado para analisar política.

**DESCRITORES:** Política de saúde; Políticas públicas de saúde; Formulação de políticas.

**ABSTRACT:** Analysis of public policies can be understood as the analysis of those activities undertaken by a government with the objective of intervening in a specified context or social problem. The study object is to undertake a narrative review, seeking to identify the concepts and methods used for analysis of policies. The following were adopted as descriptors: Health Policies, Public Health Policies, and Formulation of Policies and Analysis, researched in the following databases: International Literature on Health Sciences, the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information, PubMed and the Base de Dados de Enfermagem (Nursing Database). The study was undertaken in June 2013 – March 2014. A total of 32 articles was eligible for the extraction of data, published between 2008 and 2012. After application of the exclusion criteria, 05 articles were analyzed, from which three categories emerged: Conceptual Bases; Methodological bases; and Challenges to nursing. The Policy cycle was identified as the instrument used most for analyzing policy.

**DESCRIPTORS:** Health policy; Public health policies; Formulation of policies.

**RESUMEN:** Análisis de políticas públicas puede ser entendido como análisis de las actividades realizadas por un gobierno con objetivo de intervenir en determinada realidad o problema social. La finalidad del estudio fue realizar revisión narrativa buscando identificar los conceptos y métodos utilizados para análisis de políticas. Fueron adoptados como descriptores: Políticas de Salud, Políticas Públicas de Salud, Formulación de Políticas y Análisis, investigando en las bases de datos: Literatura Internacional en Ciencias de la Salud, Literatura Latinoamericana y de Caribe en Ciencias de la Salud, Publisher Medline y Base de Datos de Enfermería. La investigación fue realizada en el periodo de junio de 2013 a marzo de 2014. Fueron elegibles 32 artículos para obtención de los datos, publicados entre 2008 y 2012. Después de criterios de exclusión, 05 artículos fueron analizados; de estos, resultaron tres categorías: Bases conceptuales; Bases metodológicas y Desafíos para la enfermería. Se identificó el Ciclo de política como el instrumento más utilizado para analizar política.

**DESCRIPTORES:** Política de salud; Políticas públicas de salud; Formulación de políticas.

## INTRODUÇÃO

Políticas públicas são formadas a partir de um contexto de conflitos e necessidades de diferentes segmentos da sociedade, estas são as respostas governamentais a uma diversidade de problemas sociais (VIANA, 1997). Porém, para que estas sejam aceitas, precisam ser relevantes e possuir magnitude significativa, afim de que possam ganhar espaço na agenda de governo.

“Pode-se, então, definir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006, p26).

A Análise de Políticas vai além da observação e análise dos resultados da política, ela se preocupa com o processo de construção da política pública, focando na definição da agenda e destacando aspectos

como, por exemplo, os interesses dos atores que participam do jogo político, a interação entre eles, a arquitetura de poder e tomada de decisões, conflitos e negociações, etc (SERAFIM; DIAS, 2012). “Refere-se ao estudo das ações realizadas, ou não, pelo governo, na tentativa de alcançar objetivos em relação a um problema ou conflito social” (GOTTEMS et al, 2013).

As não ações também devem ser analisadas e discutidas, pois estas são consideradas uma forma de manifestação política e traduzem a opção política dos decisores (MACHADO, 2013). Porém, para analisar políticas faz-se necessário a existência de modelos teóricos que possibilitem a compreensão da realidade, os sentidos e os significados dos processos envolvidos nas operações (GOTTEMS et al, 2013).

Existem diferentes modelos de que permitem analisar políticas públicas como, por exemplo, a classificação em tipos de políticas (distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas); o incrementalismo; o modelo denominado “lata de lixo”; o modelo dos múltiplos fluxos; o modelo das coalisões de defesa; as arenas sociais; o modelo do equilíbrio interrompido; o ciclo da política pública (*polycycle*) entre outros (MACHADO, 2013).

Neste contexto, a análise de políticas de saúde vem se consolidando no Brasil com um conjunto de diferentes abordagens metodológicas. Este artigo se propõe a identificar, com base na literatura, os principais conceitos e métodos utilizados para análise de políticas, focalizando as políticas públicas de saúde, com vistas à ampliação do conhecimento e aplicabilidade na enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa a respeito do tema, procurando identificar por meio da literatura produzida sobre Análise de Política. A revisão narrativa permite a descrição e discussão teórico-reflexiva de estudos já produzidos a respeito de um assunto relevante e atual, de modo que ainda não há possibilidade de realização de uma análise sistematizada. Também, viabiliza o acesso bem como o processamento do conhecimento e de ideias novas acerca da temática estudada, possibilitando a sua emolduração de forma sumarizada e em espaço temporal curto (ROTHER, 2007).

A pesquisa abrangeu artigos publicados acerca da análise de política no período recente (2008 a 2012). Foram adotados como descritores: Políticas de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Formulação de Políticas e Análise, nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo pesquisados nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a base dados do *Publisher Medline* (Pubmed) foram utilizados os mesmos descritores traduzidos para o inglês.

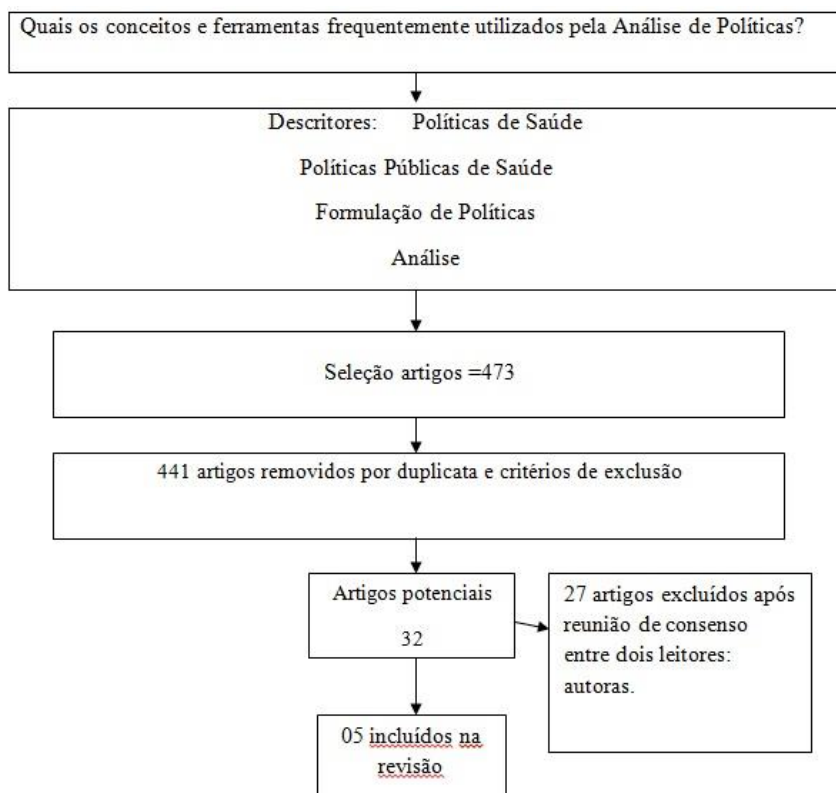
Foram excluídos os trabalhos que abordavam: Editoriais; Cartas; Artigos de opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Boletins epidemiológicos; Relatórios de Gestão; Materiais publicados em outro idioma que não fosse espanhol, inglês e português; e Estudos que não contemplassem o escopo desta pesquisa.

Em artigos localizados por mais de uma estratégia de busca foi realizada a supressão dos repetidos. Durante a análise dos trabalhos iniciou-se a leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos e posteriormente dos textos completos. A aplicação dos critérios de exclusão foi realizada em todas as etapas, sempre por consenso de dois leitores.

Os artigos selecionados foram analisados por meio de síntese qualitativa a partir do guia de orientações (RODGERS et al, 2007; AVEYARD, 2007) de forma a caracterizar o estudo realizado: Tipo de política: suas bases conceituais e estratégias metodológicas utilizadas para análise de políticas e a aplicabilidade para as práticas da enfermagem. Ainda é escassa a literatura acerca da temática estudada, o que impossibilita de tal forma uma análise mais criteriosa como seria a exemplo de uma revisão integrativa ou sistemática. Dessa forma, a revisão narrativa se mostrou como alternativa mais adequada.

## **RESULTADOS**

A busca realizada localizou 474 artigos, dos quais 32 foram selecionados para a extração dos dados. Aplicando-se os critérios de exclusão eliminou-se 27, sendo a pesquisa realizada com 05 artigos (Figura 1).



**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos trabalhos identificados.  
Florianópolis, 2014

No Quadro 1 a seguir estão apresentados os dados referentes à autoria, data, ano, local, período de publicação, bem como: tipo de política, base conceitual, método utilizado e estratégias metodológicas.

**Quadro 1** – Descrição dos estudos sobre Análise de Política. Florianópolis, 2014

<b>Autor, Data, Ano, Local, Período</b>	<b>Tipo de Política</b>	<b>Base Conceitual</b>	<b>Método Utilizado</b>	<b>Estratégias Metodológicas</b>
Machado; Salvador; O'Dwyer, 2011 2003 e 2010. Brasil	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência		Análise de políticas públicas.	Revisão bibliográfica, análise de documentos, dados oficiais e entrevistas.
Pinto; Teixeira, 2011 2007 – 2008 Brasil	Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	Análise de política compreende analisar os cinco passos que compõem a política: determinação da agenda, formulação e legitimação da política, implementação das políticas e avaliação de políticas.	Teoria do ciclo da política de Kingdon	Análise documental e observação participante.
Trevisani; Burlandy; Constante, 2012 2008 - 2009 Brasil	Políticas de saúde do Programa Bolsa Família	A análise de política visa explicar a repercussão gerada pelos mecanismos e efeitos da formulação	Análise de múltiplos fluxos, proposto por Kingdon.	Análise da legislação e de documentos oficiais e entrevistas.



		da política sobre as decisões e processos na própria criação da política, interferindo na escolha de determinado s conteúdos políticos.		
Leal, Figueiredo, Nogueira-da-Silva, 2012. 2010-2012 Brasil	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Análise de Política não se trata de uma simples mensuração da distância entre os objetivos e diretrizes enunciados nos documentos da Política. As políticas devem ser compreendidas no contexto de sua execução e que a implementação da política pública diz respeito às	Referencial da Antropologia, com técnica da etnografia.	Análise documental, entrevista e observação.

		pessoas que de fato a implementam.		
Rendeiro, 2011 2000 – 2010 Brasil	Política de Saúde Bucal	Análise de política deve obedecer a rigorosos procedimentos metodológicos e científicos, que possibilitem ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações deste processo complexo que é a tomada de decisões do Estado, diante de uma série de questões e possibilidades.	Ciclo de Política.	Documental entrevista.

Os estudos selecionados foram publicados no período de 2011 a 2012, sendo a coleta de dados realizada entre 2000 e 2012. Em relação à política analisada identificou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a

Política de Saúde do Programa Bolsa Família, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política de Saúde Bucal. Na análise de dados emergiram três categorias: Bases Conceituais, Bases Metodológicas e Desafios para a Enfermagem.

Dos cinco artigos selecionados quatro apresentavam base conceitual sobre análise de política. O método utilizado para análise da política compreendeu, na maioria dos artigos. O ciclo de política, identificando-se também a análise de múltiplos fluxos e o referencial da antropologia. Como método de coleta de dados os autores utilizaram: revisão bibliográfica, análise documental, entrevista e observação participante. Não foi identificada a aplicabilidade da análise de política para a enfermagem nos artigos selecionados.

## **DISCUSSÃO**

Nas últimas décadas as políticas públicas têm se tornado um campo de pesquisa cada vez mais explorado e atraem a atenção de diversos grupos, dentre os quais gestores e pesquisadores (SERAFIM; DIAS, 2012; CORTES; LIMA, 2012). É um campo de pesquisa relativamente consolidado no exterior e, cada vez mais, também no Brasil (SERAFIM; DIAS, 2012).

Prova disso é o fato de o Ministério da Saúde (MS) estar interessando em patrocinar um número cada vez mais elevado de publicações voltadas principalmente para estudos e análises de políticas. Este fato garante legitimidade ao campo e contribui para a consolidação e profissionalização da análise de políticas no Brasil (VAISTMAN; MENDES; LOBATO, 2011).

Alguns fatores contribuíram para a crescente visibilidade desta área, como: a adoção de políticas restritivas de gasto, novas visões sobre o papel dos governos que substituíram as políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gasto, além do fato de os países em desenvolvimento ainda não serem capazes de formular políticas que impulsionem o desenvolvimento econômico e promova a inclusão social de grande parte de sua população (SERAFIM; DIAS, 2012).

A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu nos EUA com ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. Estes estudos levam em consideração o fato de que em democracias estáveis, as ações realizadas ou não pelo governo são

passíveis de ser formuladas cientificamente e analisadas por pesquisadores independentes (SERAFIM; DIAS, 2012).

Apesar do crescente interesse nas últimas décadas na análise de política, observou-se neste estudo que as publicações de artigos relacionados ao tema ainda é incipiente. Os cinco artigos selecionados foram publicados a partir de 2011, o que identifica a não publicação de artigos com essa temática no período de 2008 a 2010. Dessa forma, a discussão segue em três categorias: Bases Conceituais, Bases Metodológicas e Desafios para Enfermagem.

### **Análise de Políticas: Bases Conceituais**

Na Análise de Política a palavra política é diferenciada em três dimensões: a “*polity*”, que se refere às instituições políticas e ao sistema político, “*politics*” na dimensão processual, ou seja, o processo político e “*policy*” que se refere às políticas públicas em si (FREY, 2000). Os artigos selecionados (PINTO; TEIXEIRA, 2011; TREVISANI; BURLANDY, CONSTANTE, 2012) trouxeram como base conceitual a análise dos passos que compõem a política: determinação da agenda, formulação e legitimação da política, implementação e avaliação de políticas, compreendendo seus mecanismos e efeitos, visando explicar como esses repercutem sobre decisões e processos, interferindo em escolhas de determinados conteúdos de políticas, em detrimento de outros.

Outro ponto importante identificado nos artigos selecionados (RENDEIRO, 2011; CORTES; LIMA, 2012) é que as políticas devem ser compreendidas no contexto de sua execução e que a sua implementação diz respeito às pessoas que de fato a implementam. Ela deve obedecer a rigorosos procedimentos metodológicos e científicos, avançar na produção do conhecimento e orientar as ações para a tomada de decisões do Estado.

É necessário destacar a diferença entre Análise de Política e Avaliação de Política. A avaliação se fundamenta na apreciação dos resultados da política, atentando para categorias como eficiência, eficácia e efetividade, derivados da comparação entre metas e resultados (CAVALCANTE, 2005). Já a Análise se preocupa com o processo de construção da política pública, principalmente no que se refere à definição da agenda governamental (SERAFIM, DIAS, 2012).

## **Análise de Políticas: Bases Metodológicas**

“Para analisar mais profundamente o surgimento e o percurso de um programa político, deve avaliar intensamente o ciclo da política, tornando necessário conhecer os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas” (FREY, 2000, p 226). Para tanto, o ciclo de política divide-se em cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos: identificação de problemas, conformação da agenda, formulação, implementação e avaliação da política (SERAFIM, DIAS, 2012).

Neste estudo identificou-se que o método mais utilizado para análise de política foi o ciclo de política (PINTO; TEIXEIRA, 2011; TREVISANI; BURLANDY, CONSTANTE, 2012; RENDEIRO, 2011) envolvendo os cinco passos citados anteriormente. Porém observou-se também que dois artigos utilizaram o ciclo de política na abordagem de Kingdon (PINTO; TEIXEIRA, 2011; TREVISANI; BURLANDY, CONSTANTE, 2012). Este autor propõe que o processo de tomada de decisão nas políticas públicas poderia ser representado pela ligação de três grandes correntes dinâmicas: a corrente dos problemas, a propostas ou alternativas e a corrente da política. Neste sentido, a agenda governamental segue um processo não intencional que se caracteriza por: surgimento ou reconhecimento de um problema pela sociedade em geral; existência de ideias e alternativas para conceituá-los e contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação (KINGDON, 2003).

## **Análise de Políticas: Desafios para a Enfermagem**

Para a enfermagem, conhecer as políticas públicas de saúde é de primordial importância, uma vez que toda a implementação das ações relacionadas ao cuidado individual e coletivo parte da proposta política estabelecida.

Na atualidade essas políticas estão sendo implementadas de acordo com o modelo médico vigente por meio de “pacotes”, que contemplam as necessidades da população de modo único, descaracterizando assim as peculiaridades de cada realidade da população (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

É fundamental ressaltar que, as intervenções de enfermagem devem se dar por meio de três dimensões: a estrutural, que corresponde

ao aparato jurídico-político e ideológico, além da infraestrutura econômica; a particular - que se refere aos processos relativos aos grupos sociais; a singular, que se relaciona à expressão biopsíquica no corpo individual e social (BERTOLOZZI, GRECO, 1996).

O comprometimento da enfermagem com as políticas públicas de saúde inicia no processo de formação do enfermeiro, aonde as ações de promoção da saúde bem como de prevenção dos agravos foram aos poucos sendo incluídos no processo de educação e culminaram em mudança curricular, corroborando com a nova visão e mudança de paradigma em construção na área da saúde nacional.

Nesse cenário, mudanças conceituais na forma de pensar e fazer saúde precisam estar articulados com todo o contexto social e ambiental (COSTA; MIRANDA, 2009). Este processo não requer mudanças isoladas e sim a articulação entre ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro, envolvendo desafios na busca para a melhoria da atenção básica, além de englobar as práticas de promoção à saúde, questões éticas e políticas articulando processo ensino-serviço (SILVA et al, 2009).

Um exemplo é o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu como forma de responder efetivamente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais envolvidos tanto na construção como na consolidação do sistema devem possuir previamente, habilidades para atuar na promoção da saúde, por meio do foco principal que é a prevenção de agravos à saúde da população e que respondam de forma satisfatória e adequada às problemáticas sociais e de saúde de toda uma população que recebe atendimento nos serviços de saúde (SANTOS et al, 2000).

É muito comum à enfermagem atuar na gestão dos serviços de saúde, e a estruturação, elaboração e o lançamento de uma política necessita diretamente do acompanhamento do processo de implementação por parte dos gestores dessas políticas (WILLIG, LENARDT, MÉIER, 2012).

Em um estudo desenvolvido sobre as políticas e tecnologias de gestão, em serviços de saúde e de enfermagem, identificou-se que o SUS foi tratado como centralidade em todos os contextos discutidos, com ênfase ao princípio da integralidade e na descentralização da atenção à saúde. Estes dois princípios requerem que o enfermeiro esteja envolvido, se instrumentalize e esteja preparado e comprometido, a fim de que desenvolva as suas diferentes habilidades, capacidades e

competências, não apenas técnicas, mas também políticas, tecnológicas e de gestão (LOPES et al, 2009).

De fato, todas as etapas que dizem respeito ao processo de trabalho sendo elas: administrar, organizar, coordenar, acompanhar, tomar decisões e avaliar as ações já fazem parte da rotina de trabalho do enfermeiro. Porém, é necessário que esse profissional se apodere de conhecimentos acerca das políticas públicas, suas diretrizes, no direcionamento e implementação das ações. Incumbe-lhe ainda participar, opinar, decidir e intervir quando necessário uma vez que a dimensão política se concretiza a partir da capacidade de união das pessoas em grupos sociais, com necessidades e interesses representativos da equipe e dos pacientes de acordo com a demanda em questão (PERSEGONA et al, 2009).

Nesse sentido, a compreensão pela enfermagem da forma como se estruturam as políticas sociais, entre elas as políticas de saúde, é fundamental para que as intervenções tanto na promoção da saúde quanto na prevenção dos agravos, contemplem a realidade das problemáticas vivenciadas pela população, respondendo de forma resolutiva.

## **CONCLUSÕES**

As produções sobre Análise de Políticas ainda são incipientes no Brasil, uma vez que poucos estudos são realizados com base nesta temática. Porém, há um aumento de publicações na área, sobretudo a partir de 2011. Os estudos desenvolvidos utilizam em sua maioria o método do ciclo de política como instrumento para analisar a política.

Sugere-se então, a realização e publicação de novos estudos, com maior rigor metodológico, buscando ampliar a gama de conhecimentos que fundamentem a análise de políticas, auxiliando na sua compreensão e tomada de decisão.

Há também a necessidade de discutir a análise de política com foco na enfermagem, uma vez que estes profissionais estão diretamente relacionados à aplicabilidade dessas políticas.

Neste estudo foram descritos e discutidos aspectos relacionados à análise de políticas de saúde e podem ter ocorrido vieses relacionados à avaliação crítica das autoras, uma vez que se utilizou literatura com apreciação crítica pessoal dos autores.

## REFERÊNCIAS

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. organizador. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 16, n. 8, p. 20-45, 2006.

SERAFIM, M.; DIAS, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, v. 3, n.1, p. 121-34, 2012.

GOTTEMS, B. D et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 511-20, 2013.

MACHADO, S. H. S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da política nacional de medicamentos. **Rev. Adm. Pública**, v. 41, n.3, p. 543-65, 2013.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm**, v. 20, n.2, p. 01-02, 2007.

RODGERS, M. et al. **Narrative synthesis in systematic reviews**. Manchester: ESRC Research Methods Programme; 2007.

AVEYARD, H. **Doing a literature review in health and social care: a practical guide**. Maidenhead: Open University Press; 2007.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.3, p. 519-28, 2011.

PINTO, I. C. M, TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1777-99, 2011.



TREVISANI, J. J. D; BURLAND, Y. L.; CONSTANTE, J. P. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde Soc**, n. 21, v. 2, p. 492-509, 2012.

LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. **Ciênc. Saúde Colet**, n. 17, v.10, p. 2607-16, 2012.

RENDEIRO, M. M. P. **O Ciclo da política de saúde bucal no sistema de saúde Brasileiro: atores, ideias e Instituições**. 2011. 188p. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

CORTES, S. V; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, n. 87, p. 33-62, 2012.

VAITSMAN, J. R; MENDES, J; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis**, n. 23, v.2 p.589-611, 2011.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-59, 2000.

CAVALCANTI, P. A. O conceito de avaliação de políticas, programas e projetos. In: PEREZ, J. R. R. **Estudo, pensamento e criação: planejamento educacional e avaliação na escola**. Campinas: FE/Unicamp; 2005.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan; 2003.

CORRÊA, A. C. P; FERRIANI, M. G. C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 58, p. 449-53, 2005.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As Políticas de saúde do Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 30, v. 3, p. 380-98, 1996.

COSTA, K. S. C.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 62, p. 300-04, 2009.

SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 62, v. 1, p. 86-91, 2009.

SANTOS, B. R. L et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. (esp), p. 49-59, 2000.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 17, p. 574-7, 2012.

LOPES, M. M. B. et al. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, v.6, n. 22, p.819-27, 2009.

PERSEGONA, K. R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 3, n. 13, p. 645-50, 2009.

### 3.4 O CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

A construção dos serviços de atenção à saúde no Brasil é marcada pela organização do modelo hospitalocêntrico. Historicamente, ocorreu uma supervalorização das unidades hospitalares, sendo estas vistas como um importante espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde, sobretudo pelo fato do atendimento em situações graves possibilitar maior visibilidade a estes serviços, principalmente no olhar do usuário (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013).

No Brasil, mas precisamente a partir de 1990, houve expansão dos serviços de Atenção Básica à saúde. Porém, mesmo com a maior oferta e descentralização destes serviços, as unidades hospitalares ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica e uma parcela grande da população ainda busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, ocasionando superlotação destes serviços (DINIZ et al, 2014).

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência de saúde no Brasil, uma vez que representam uma porta de entrada para outros serviços do Sistema Único de Saúde. Contudo, este serviço caracteriza-se por uma demanda expressiva de pacientes, o que conseqüentemente leva a uma sobrecarga de trabalho aos profissionais que prestam seus serviços neste local (GALVÃO, 2013).

Sendo assim, a assistência às urgências e emergências no Brasil configura-se como um nó crítico no Sistema Único de Saúde. Apesar dos avanços e da expansão da Atenção Básica (AB), sobretudo a partir da criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), ainda existe necessidade de superar modelos assistenciais hegemônicos, ampliar acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), aprimorar acolhimento à demanda espontânea e programada, e fortalecer o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado, uma vez que os serviços destinados ao atendimento de urgência e emergência ainda são vistos pela população como mais resolutivos, especialmente pelo fato de disporem de atendimento contínuo (BARATIERI, 2017).

Este fato tem ocasionado à superlotação dos serviços de urgências de hospitais públicos e privados, levando o paciente com risco iminente de morte, como cardiopata, neurológico, vítima de trauma, etc., a aguardar por horas pela assistência. Esta demanda excessiva de atendimento é efeito da incapacidade dos serviços primários e secundários de saúde em absorver a demanda de primeiro atendimento. Está relacionado também à falta de estrutura das Unidades de Saúde e incapacidade destas unidades em resolver problemas simples de saúde da população, levando os pacientes a procurarem este tipo de serviço na expectativa de encontrar um médico de plantão (FREIRE et al, 2015).

Várias são as dificuldades enfrentadas pelos serviços de urgência, entre elas, o fato dessas unidades receberem, por vezes, pacientes em situações extremantes graves, extrapolando sua capacidade resolutiva. Neste contexto, surgem dificuldades em encaminhar estes

casos para unidades de maior complexidade, o que faz com que as salas de observação 24 horas, tornam-se locais de internação, mesmo não possuindo condições para tratamento efetivo e de caráter continuado. Somado a isto, estão às dificuldades enfrentadas diariamente pelos profissionais de saúde que prestam atendimento nestes serviços. A procura desordenada da população por atendimentos nos serviços de urgência faz com que haja uma sobrecarga de trabalho, promovendo um descontentamento profissional ao prestar atendimento nestes serviços (PELEGRINI et al, 2010).

Grande parte dos pacientes que são atendidos nos setores de urgência e emergência dos hospitais buscam estes serviços para resolução de problemas simples de saúde, que poderiam ser resolvidos por meio de atendimento no serviço de AB ou serviços de urgência de menor complexidade (DINIZ et al, 2014). Outra dificuldade refere-se à frequente procura do serviço de urgência e emergência por parte dos mesmos pacientes, sendo readmitidos várias vezes num curto período de tempo, fazendo com que profissionais se sintam incomodados e desmotivados a prestar atendimento a esta demanda frequente, já que muitas vezes, procuram atendimento por motivos que fogem dos contextos de direcionamento do serviço e que teriam resolutividade em outros serviços de atenção a saúde. Essa busca frequente pelo serviço e ao fato de seus problemas de saúde já não representarem mais novidade para os profissionais, podem mascarar a real necessidade de um atendimento de urgência ou emergência e produzir um agravamento de saúde a estes pacientes (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência é prejudicial tanto para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, quanto para os não graves, que ao buscarem o atendimento hospitalar não têm a garantia da continuidade de seu tratamento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O aumento da procura por atendimento nos serviços de urgência e emergência, ocasionando superlotação, repercute diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários, pois o incremento na estruturação desses serviços ainda não é suficiente para suprir toda a demanda. Este aumento pode estar relacionado também às modificações ao longo dos anos no perfil sócio demográfico e etário da população, gerando um crescimento da expectativa de vida. Aliada a isto, estão às modificações no perfil de morbimortalidade, passando de um perfil caracterizado pelas doenças infectocontagiosas, para o aumento

crescente das doenças crônicas não transmissíveis, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e gerando aumento da procura por serviços de saúde. Sendo assim, tornam-se necessárias modificações organizacionais e gerenciais dessas unidades, a fim de se readequarem a nova realidade sanitária (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013).

Como consequência das mudanças sócias demográficas e etárias e o aumento do número de acidentes e violências nos últimos anos, cada vez mais a superlotação deste serviço apresenta-se como realidade, fazendo-se necessária a reestruturação das unidades existentes ou criação de novas unidades, visando o atendimento aos casos de urgência e emergência de forma oportuna e eficaz (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Sendo assim, apesar das mudanças estruturais no modelo de organização do SUS e da formulação de políticas públicas voltadas para a área de urgência e emergência, diversas fragilidades permeiam o cenário das urgências e emergências no Brasil. A superlotação, a baixa resolubilidade, a inadequação dos atendimentos realizados nos serviços hospitalares de emergência, a infraestrutura inadequada das unidades de saúde e o descontentamento dos profissionais de saúde com o sobrecarga de trabalho, estão entre os principais desafios a serem superados pelos serviços visando à efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PELEGRINI et al, 2010).

Os serviços de urgência e emergência das instituições hospitalares são unidades de atendimento destinadas às pessoas com problemas de saúde agudizados e que, por consequência, necessitam de intervenção o mais rápido possível por parte de uma equipe multiprofissional e especializada (KREMPSER; ARREGUY-SENA; BARBOSA, 2013). Sendo assim, representam um grande desafio a ser enfrentado pelo SUS, uma vez que a ausência ou inadequação dos serviços podem desencadear incapacidades permanentes aos usuários, como também levá-los a óbito (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

A partir dos problemas originados pela superlotação dos serviços de urgência e emergência, no ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização-PNH, a qual reorientou os serviços de atenção às urgências e emergências, propondo o modelo de atenção pautado no acolhimento com classificação de risco, na tentativa de mudar o processo de trabalho das unidades, identificando os pacientes com potencial de risco, priorizando o atendimento a pacientes graves e não através de ordem de chegada a instituição

(OLIVEIRA et al, 2013). Além disso, a classificação de risco visa fornecer aos pacientes e familiares o tempo estimado de espera para recebimento de atendimento, garantindo dessa forma, atendimento prioritário ao paciente com maior risco de morte (CAMPOS; SOUZA, 2014).

Porém, apesar de seu estimado valor, os serviços de saúde ainda enfrentam dificuldades para implementação da Classificação de Risco, entre elas, número insuficiente de profissionais de saúde; falta de investimento na formação qualificada dos profissionais da saúde responsáveis pelas avaliações clínicas; inadequada referência e contra referências que provoca o acúmulo de usuários no sistema; atendimento superficial aos usuários menos graves; inadequada estrutura do serviço; falta de articulação, entre outros (FERREIRA et al, 2016).

Uma das estratégias para reorganização do sistema de saúde brasileiro é a prática efetiva do conceito de rede de saúde, com o objetivo de possibilitar uma readequação na demanda para os serviços de urgência e emergência, promovendo redução da superlotação desses serviços. Portanto, para a oferta de uma assistência em situação de urgência e emergência efetiva e embasada nos preceitos da constituição do Sistema Único de Saúde, os hospitais precisam ser vistos como um serviço que integra uma rede de assistência à saúde. Para isto, os hospitais necessitam contar com uma equipe de trabalho multiprofissional além de disponibilizar espaço físico e recursos necessários para o atendimento adequado nessas unidades, realizando a intervenção com base num planejamento eficaz (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013).

Diante deste panorama e na expectativa de enfrentar uma expressiva insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares públicas, o Ministério da Saúde Brasileiro lançou em 2003 a Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU).

Esta Política propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). E foi criada considerando entre outros fatores, a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros (BRASIL, 2003).

A criação da Política Nacional de Atenção as Urgências, instituída pela Portaria 1.863, de 29 de setembro de 2003, levou em

consideração entre outros fatores, o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência; a relevância pública do estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências; a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica; e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, garantindo a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessite de acesso aos meios adicionais de atenção (BRASIL, 2003).

Esta Política apresentou como componentes fundamentais: a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida; organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção e orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003).

A PNAU preconiza que a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares, recuperação e reabilitação.

Apesar do avanço e das melhorias ocasionadas a partir da criação da PNAU, em 2003, ainda persistiam problemas importantes no que se referem ao atendimento às urgências e a demanda por atendimento nestes serviços ainda é crescente. Sendo assim, em 2011, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria 1.600 de 07 de julho de 2011.

Porém, apesar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências ter sido lançada somente em 2011, este conceito de organização do cuidado em rede está presente no discurso do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua gênese (AMARAL; BOSI, 2016).

A RUE foi lançada considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução

integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011).

Com a reformulação da PNAU, o Ministério da Saúde reestruturou a assistência às urgências, na tentativa de melhorar o acesso ao atendimento em tempo oportuno, para pessoas com risco iminente de morte.

Ao reformular esta política e instituir a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde levou em consideração alguns aspectos, como: o impacto socioeconômico e sofrimentos em nível individual e familiar, ocasionados pelos acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil; e a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde, trabalhando desde a promoção e prevenção até formas de tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências é constituída dos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

A implantação de uma rede de serviços que atenda as necessidades da atenção às urgências e emergências é um desafio a ser enfrentado pelo SUS, pois se trata de uma rede complexa, que envolve diferentes atores e serviços. Sendo assim, o planejamento para implantação da RUE demanda envolvimento e organização por parte dos gestores de saúde (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Neste sentido, vários são os desafios a serem enfrentados para a implantação dos componentes da RUE e sua efetivação. Um dos principais obstáculos refere-se à mudança nos modelos de gestão e atenção à saúde. Esta nova lógica de gestão deve considerar a articulação dos serviços de saúde, de maneira que se complementem, além de ampliar o atendimento de urgência e emergência de baixa gravidade nos serviços da Atenção Básica, de acordo com sua capacidade tecnológica. Sendo assim, fazem-se necessários



investimentos em recursos humanos e materiais, além de reestruturação física dos serviços de saúde (GARCIA; REIS, 2014).

Sendo assim, analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências é algo necessário, pois possibilita demonstrar a sua capacidade ou não de gerar mudanças positivas no cenário das urgências e emergências e, conseqüentemente, no Sistema Único de Saúde.



## **4 MÉTODO**

Metodologia de pesquisa tem um significado muito além das técnicas de pesquisa. A metodologia engloba simultaneamente a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização da pesquisa (técnicas) e a criatividade do pesquisador, havendo a necessidade de articulação entre a teoria, a realidade empírica e os pensamentos sobre a realidade. Sendo assim, um projeto de pesquisa representa múltiplos esforços intelectuais que se contrapõem e se complementam, sobretudo de rigor metodológico e criatividade (MINAYO, 2010). Desse modo, este capítulo apresenta o percurso metodológico que foi trilhado na busca pela compreensão da problemática em foco.

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, dividida em duas fases: a) Pesquisa documental, com análise interpretativa e b) Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Para melhor compreensão apresentaremos o desenho metodológico da pesquisa dividido por fases.

### **4.1 PRIMEIRO MOMENTO: PESQUISA DOCUMENTAL**

A pesquisa documental utiliza em sua essência documentos que não sofreram tratamento analítico. Possibilita ao pesquisador, adentrar no campo de estudo identificando fenômenos extraídos de documentos. Para que os dados sejam mais significativos, é importante que o pesquisador tenha a capacidade de selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). Sendo assim, a pesquisa documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

#### **4.1.1 Local do Estudo**

O Estado de Santa Catarina foi selecionado intencionalmente, como cenário de estudo, devido à adesão da RUE em todo seu território e a disponibilidade online dos dados oficiais, tornando público todo o material para pesquisa.

#### 4.1.2 Fonte, coleta e organização dos dados

A análise documental ocorreu em três conjuntos de documentos: a) Documentos oficiais (ATAS), disponíveis online, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. b) Portarias referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências e Rede de Atenção às Urgências e Emergências, estes documentos oficiais, disponíveis online, vinculados ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. c) Planos de Ação Regional de implantação da RUE, disponíveis online nos anexos das deliberações da CIB.

Utilizaram-se como recorte temporal para esta pesquisa os anos de 2011 a 2016. Este recorte se justifica pelo fato da RUE ser lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, sendo assim, procurou-se analisar os dados após a publicação da portaria que institui a RUE em âmbito Nacional.

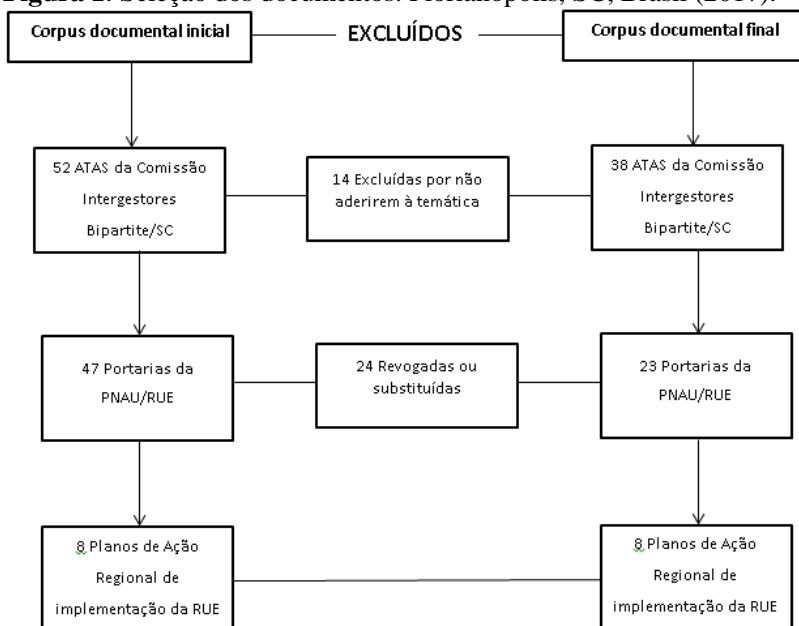
Das 52 atas disponíveis online, foram selecionadas 38 para análise, por conterem informações sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências ou algum de seus componentes. Destas ATAS 23,7% referem-se ao ano de 2011, 15,8% do ano de 2012, 15,8% do ano de 2013, 13,1% do ano de 2014, 18,5% do ano de 2015 e 13,1% do ano de 2016. Para a coleta de dados utilizou-se o recurso “localizar” do Microsoft Word, pesquisando os documentos que constavam as palavras “urgência” ou “emergência”.

As Portarias foram selecionadas, excluindo-se as revogadas ou substituídas, sendo assim, utilizou-se 16 portarias nacionais e 7 estaduais, que normatizam a RUE e seus componentes. Destas, 21,8% referem-se ao ano de 2011, 26% anos ano de 2012, 34,8% ao não de 2013, 13% ao ano de 2016 e 4,4% ao ano de 2017. Ressalta-se que apesar desta pesquisa ter um recorte temporal de 2011 a 2016, utilizou-se uma Portaria de 2017, pelo sua importância, uma vez que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde, revogando as demais portarias deste componente.

Já em relação aos Planos de Ação Regional para implementação da RUE em SC, foram selecionados 100% dos planos, totalizando 8, sendo um plano de cada macrorregião de saúde.

A busca dos documentos foi concluída no mês de junho de 2017. Após este levantamento, a pesquisadora realizou a leitura de todos os documentos, selecionando os que atenderam ao objetivo do estudo. A Figura 1 apresenta o fluxograma da seleção dos documentos.

**Figura 1:** Seleção dos documentos. Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

#### 4.1.3 Análise dos Dados

Os achados foram organizados e posteriormente analisados de acordo com convergência de ideias para formar categorias temáticas. Utilizou-se para analisar a PNAU, a lógica do conceito de “Ciclo de Política”.

A materialização de uma política pública passa por alguns momentos de maturação. A modelização do processo de elaboração de uma política é denominada de ciclo da política (“policy cycle”). Este ciclo é dividido em cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos: identificação de problemas, ou seja, como o governo identifica determinados problemas e por que decide agir sobre eles;

conformação da agenda, procurando identificar de que forma os problemas identificados entram na agenda de governo; formulação e implementação (tomada de decisão), neste momento são realizadas discussões e lançadas alternativas para intervir no problema, ou seja, é o momento que ocorre a tomada de decisão para a ação. A última fase do ciclo é a avaliação da política (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013).

Através da interpretação destes documentos, optou-se em analisar três fases do ciclo da Política Nacional de Atenção às Urgências em Santa Catarina: Identificação do Problema, Conformação da Agenda e Formulação da política.

#### 4.2 SEGUNDO MOMENTO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) trata-se de um achado científico, em que seus métodos oferecem maior focalização ao pesquisador quando comparado a outros métodos. A TFD leva o pesquisador a permanecer envolvido na pesquisa, trazendo surpresas, ideias e desenvolvendo a capacidade de realizar análises. Como o próprio conceito traduz a TFD, esta se baseia em uma construção de teorias fundamentadas nos próprios dados do pesquisador (CHARMAZ, 2009).

A TFD possibilita “ aos pesquisadores qualitativos, criar e recriar seus dados, ela é flexível, pois o pesquisador pode seguir as indicações que vão surgindo conforme o avanço da pesquisa, oferecendo mais foco ao pesquisador” (CHARMAZ, 2009, p. 31).

Os primeiros estudiosos que utilizaram TFD foram os sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss. Estes autores desenvolveram um estudo, na década de 1960, nos Estados Unidos, acerca do processo de morte em ambientes hospitalares. O cenário histórico da época apresentava uma realidade em que os métodos qualitativos mostravam-se enfraquecidos e os métodos quantitativos se apresentavam cada vez mais sofisticados e conseqüentemente relevantes no meio científico. Sendo assim, Glaser e Strauss, através de seu livro *The Discovery of Grounded Theory* (1967), visaram deslocar a investigação qualitativa para além de estudos descritivos, produzindo abstrações e conceitos acerca dos fenômenos estudados, formulando teorias fundamentadas baseadas em critérios como ajustes dos dados,

utilidade, densidade conceitual, durabilidade ao longo do tempo, ser passível de alterações e apresentar poder explicativo (CHARMAZ, 2009).

No início dos anos 1990, Glaser e Strauss romperam a parceria, motivados pelas diferenças entre suas escolas formadoras. Glaser formou-se na Universidade de Columbia, considerava um empirismo controlado, de rigorosos métodos codificados com ênfase nas descobertas emergentes e linguagem especializada da abordagem quantitativa. Já Strauss, formado pela Escola de Chicago, apresentou a influência do interacionismo simbólico e de uma visão da realidade como construção simbólica. Estas divergências de pensamentos dividiu os pesquisadores e oportunizou diferentes formas para realização da TFD (CHARMAZ, 2009).

A versão de Glaser manteve-se coerente com o que pregava desde seu início, considerando-o como um método de descoberta, tratando as categorias como algo emergido dos dados, baseando-se no empirismo objetivo. Porém sua aluna Kathy Charmaz, se propõe a interpretar a TFD de forma construtivista, distanciando-se intencionalmente dos resíduos positivistas, aceitando certo relativismo do conhecimento, derivado de uma concepção da realidade múltipla e plural. A versão construtivista da TFD assume que o conhecimento é fruto da construção recíproca entre pesquisador e participantes da pesquisa e coloca no centro da investigação como dados da pesquisa, mais do que os fatos, a dimensão do significado (TAROZZI, 2011).

Strauss, juntamente com sua assistente Juliete Corbin, deslocou o método para a verificação, criando uma vertente da TFD com o intuito de favorecer seus novos procedimentos técnicos, ao invés de enfatizar os métodos comparativos que distinguiram as estratégias da TFD (CHARMAZ, 2009).

Nesta pesquisa, optou-se pela vertente da TFD construtivista, proposta por Charmaz (2009), principalmente por considerar a temática estudada relativamente nova, com lacunas na produção científica voltada para a análise da Política Nacional de Atenção à Urgência, sobretudo no contexto de Santa Catarina, que pode ser preenchida por uma visão original construída a partir dos significados e das experiências dos sujeitos envolvidos nesse processo de construção, formulação e implementação desta política. Assim, torna-se fundamental a construção deste conhecimento por meio de uma metodologia que proporcione a emergência de dados relevantes,

ênfatizando a importância da elaboração de modelos teóricos que retratem a realidade colaborando com a prática diária dos profissionais de saúde e gestores que desenvolvem o cuidado no cotidiano da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

#### **4.2.1 Local do Estudo**

O cenário de estudo foi o Estado de Santa Catarina. Este é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul do país.

Em relação à Política Nacional de Atenção à Urgência, Santa Catarina, vem se adequando às portarias e normas propostas pelo MS. Com a publicação da Portaria 1.600 que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Urgência e Emergência em todo território nacional, o Estado vem se mobilizando para implementar a RUE.

O Estado de Santa Catarina está entre as cinco Unidades de Federação do país completadas em toda sua extensão territorial pela RUE. Santa Catarina é o Estado com o maior número de portas hospitalares de urgência que receberam recursos para qualificação e o segundo Estado com maior número de novos leitos clínicos financiados no âmbito da RUE, ficando atrás apenas do Estado de São Paulo (BRASIL, 2014).

No contexto de implantação da RUE, o Estado foi dividido em oito macrorregiões: Vale do Rio Itajaí, Serra Catarinense, Sul, Região Metropolitana de Florianópolis, Planalto Norte e Nordeste, Meio Oeste, Grande Oeste e Foz do rio Itajaí.

#### **4.2.2 Participantes do Estudo**

Conforme preconiza a metodologia da TFD, os participantes da pesquisa foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de uma amostragem teórica, que consiste na inclusão de diferentes sujeitos para refinar e adensar as categorias que surgem ao longo do estudo (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016). Para a amostragem teórica do estudo, foram compostos três grupos amostrais perfazendo um total de 20 participantes, definidos a partir da circularidade dos dados e no método comparativo constante.



O primeiro grupo amostral foi composto por oito (P1-P8) profissionais que participam e/ou participaram da gestão da PNAU a nível Estadual e Nacional. Sendo três enfermeiros, três médicos, um fisioterapeuta e um administrador. Todos com idade média de 45 anos e atuam na gestão da PNAU em média de três anos. Optou-se em iniciar junto aos gestores levando em consideração a sua participação direta no processo de formulação e implementação das políticas públicas.

À medida que as entrevistas aconteciam e as respectivas análises desse grupo amostral avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes em algumas entrevistas, entre eles, a iniciação de um projeto piloto da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste de Santa Catarina, antes mesmo do lançamento da portaria em 2011. Esse fator desencadeou a formação do segundo grupo amostral, composto por sete (P09 – P15) profissionais que atuam e/ou atuaram no grupo condutor da RUE naquela macrorregião, sendo: quatro enfermeiros, um médico, um nutricionista e um pedagogo. Estes com idade média de 41 anos e atuam no grupo condutor em média há 4 anos.

No decorrer da análise dessas entrevistas, identificou-se de forma relevante que a implementação da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC não seguiram a mesma lógica e organização do projeto piloto da macrorregião Planalto Norte e Nordeste. A partir disso, foi constituído o terceiro grupo amostral composto por cinco (P16-P20) profissionais que atuam e/ou atuaram nos grupos condutores da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC, sendo: um profissional das seguintes categorias: médico, enfermeiro, nutricionista, administrador e pedagogo. A idade média desse grupo foi 40 anos, com atuação no grupo condutor em média de 3 anos.

Foi considerado como critério de inclusão para os três grupos amostrais: a experiência profissional no processo de formulação e implementação da PNAU no Estado de Santa Catarina. A seleção dos participantes deu-se pelo método de “Bola de Neve”. Dessa forma, por meio da análise dos documentos oficiais da PNAU em Santa Catarina selecionou-se o primeiro informante chave e este indicou outro participante e assim sucessivamente.

#### **4.2.3 Coleta de Dados**

A coleta dos dados ocorreu nos meses de julho de 2016 a agosto de 2017, por meio de entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009;

SANTOS et al., 2016), as quais foram gravadas por meio de dispositivo eletrônico de áudio e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas individualmente nos locais de preferência dos participantes ou via Skype. Seguiram um roteiro com questões abertas (APÊNCICE A, B, C) relacionadas ao processo de construção, formulação e implementação da PNAU em Santa Catarina.

Para o primeiro GA as perguntas versaram sobre a percepção do cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU, processo de formulação e implementação desta política no Estado, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. Já os participantes do segundo GA foram questionados sobre a experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na macrorregião planalto Norte e Nordeste, processo de formulação e implementação desta política na macrorregião planalto Norte e Nordeste, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. O terceiro grupo amostral respondeu questões relacionadas à experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na sua macrorregião, processo de formulação e implementação desta política na sua macrorregião, dificuldades vivenciadas durante o processo e melhorias percebidas com a implantação da PNAU.

As entrevistas foram transcritas na íntegra através Microsoft Office Word®. A duração média das entrevistas foi de 50 minutos e geraram aproximadamente 240 páginas transcritas.

#### **4.2.4 Análise dos Dados**

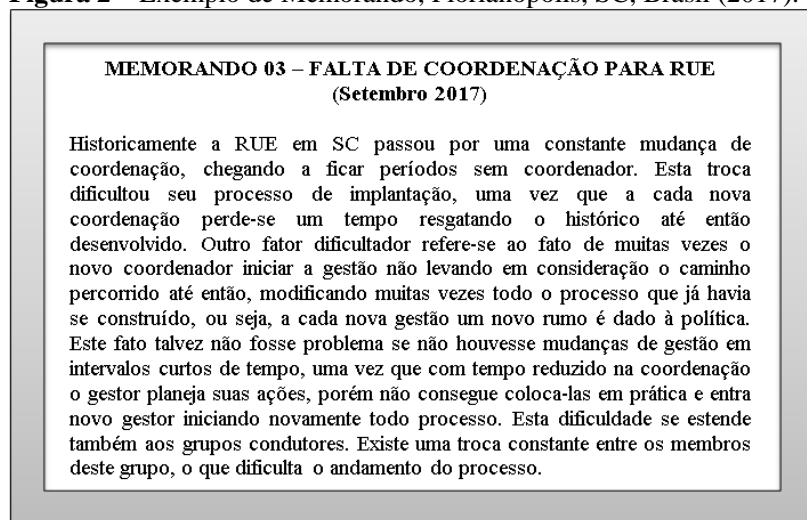
Para a análise dos dados, foram utilizadas duas etapas de codificação: inicial e focalizada. A codificação inicial consiste na divisão e denominação de cada segmento de dado em códigos que expressam os significados presentes nas falas dos entrevistados. Na codificação focalizada, os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram classificados, integrados, sintetizados e organizados em subcategorias e categorias até a obtenção do fenômeno ou da categoria central da pesquisa. O fenômeno configura-se como a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016).

Esse processo analítico requer grande reflexão e sensibilidade teórica do pesquisador. Para o alcance desta sensibilidade, faz-se necessário que o pesquisador mergulhe no campo de pesquisa a partir das múltiplas perspectivas privilegiadas, realização de comparação e a exploração de novas ideias (CHARMAZ, 2009).

Uma etapa da análise dos dados se refere à construção de memorandos e diagramas. Os memorandos são anotações analíticas informais que contribuem para elevar o nível de abstração das categorias. Já os diagramas são representações gráficas que desenharam as relações dos conceitos e demonstram a densidade e complexidade da teoria. Também ajudam a refletir sobre os dados e articular códigos, conceitos e categorias (CHARMAZ, 2009).

Ao todo foram construídos dezoito memorandos e seis diagramas. Destaca-se que estas ferramentas analíticas foram elaboradas desde a codificação da primeira entrevista. A seguir apresentam-se um modelo de memorando e diagrama desenvolvidos nesta investigação.

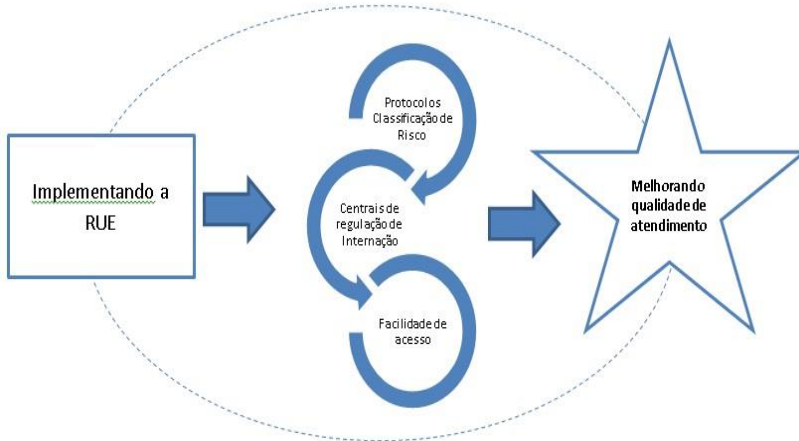
**Figura 2** – Exemplo de Memorando, Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Autor (2017).

A Figura 2 retrata as intercorrências ocasionadas na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências, oriundas da falta e/ou troca constante de Coordenação Estadual desta política.

**Figura 3** - Exemplo de Diagrama, Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Autor (2017).

A Figura 3 sinaliza fatores que contribuem para melhoria da qualidade da assistência nas urgências e emergências no âmbito do Sistema Único de saúde.

O processo de organização e categorização dos dados foi realizado no software NVIVO®, versão 10. O NVIVO® trabalha com o conceito de projeto, onde as fontes de dados são armazenadas em um banco de dados que pode ser salvo e armazenado em meios de transporte, como pen-drive e CD ou, ainda, enviado por e-mail. As principais estruturas de um projeto são os nós, que correspondem a fragmentos de textos de informações codificadas, formando categorias de informação (LAGE, 2011).

Quando essas categorias têm subcategorias, é utilizada uma estrutura de árvore de nós, conforme ilustra a Figura 5. A Figura 6 apresenta fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados.

**Figura 4** - Fragmentos da lista de Nós do projeto no NVIVO, Florianópolis, SC, Brasil (2017).

Nós	Fotes	Referências	Creado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Recebendo cobrança do MS para SES assumir o projeto da RUE	1	1	05/04/2017 10:28	ALE	29/08/2017 10:28	ALE
Reformulando a política de 2003 para incorporar o conceito de redes	1	2	05/04/2017 21:56	ALE	29/08/2017 10:28	ALE
Revolvendo-se com a decisão de pôlo para DualSUS redes em Florianópolis	2	4	05/04/2017 21:27	ALE	06/09/2017 11:53	ALE
Usando recursos do PlanSUSUS para iniciar implantação da RUE	2	2	05/04/2017 21:19	ALE	29/08/2017 10:28	ALE
Viagem a Macho Norte e Noderite para fazer o diagnóstico	1	1	28/09/2017 10:21	ALE	29/08/2017 10:21	ALE
3 IMPLANTANDO A RUE	0	0	14/03/2017 16:59	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
4 CONCEITUANDO A RUE	0	0	14/03/2017 17:02	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
Compreendendo a Rede como investimento em ESCALA	1	1	04/04/2017 14:36	ALE	04/04/2017 23:56	ALE
Compreendendo a Rede como segurança para a vehicle	1	1	04/04/2017 15:43	ALE	05/04/2017 0:30	ALE
Compreendendo a Regulação como um componente da RUE	1	1	17/04/2017 16:14	ALE	17/04/2017 16:14	ALE
Compreendendo a RUE como articuladora do sistema de saúde	5	5	21/03/2017 11:52	ALE	06/09/2017 15:29	ALE
Compreendendo a RUE como otimização dos espaços	5	6	17/04/2017 16:33	ALE	06/09/2017 22:09	ALE
Compreendendo a RUE como processo de trabalho	1	2	05/04/2017 21:52	ALE	05/04/2017 22:34	ALE
Compreendendo a RUE como prática comunitária	4	5	17/04/2017 16:32	ALE	29/08/2017 17:00	ALE
Compreendendo a RUE como uma política ampla e intersetorial	1	1	17/03/2017 14:17	ALE	04/04/2017 23:56	ALE
Contratando regulação de paciente com regulação da RUE	1	1	17/04/2017 16:15	ALE	17/04/2017 16:15	ALE
Desconhecimentos sobre a concepção de rede	5	6	13/03/2017 17:17	ALE	18/04/2017 0:35	ALE
Entendendo a RUE como forma de ganhar dinheiro	7	16	14/03/2017 16:47	ALE	11/09/2017 11:16	ALE
5 INFLUENCIA POLITICA NA RUE	0	0	14/03/2017 17:05	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
6 GERENCIANDO A RUE	0	0	15/03/2017 2:52	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
7 ENFRENTANDO DIFICULDADES NA IMPLANTACAO DA RUE	0	0	15/03/2017 11:13	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
8 APRESENTANDO MELHORIAS COM A IMPLANTACAO DA RUE	0	0	15/03/2017 11:16	ALE	05/04/2017 0:51	ALE
Algumas macroregiões mais avançadas do que outras	3	3	23/08/2017 10:38	ALF	11/09/2017 2:00	ALE
Assessoramento oferecido com a implementação das ações	1	1	06/09/2017 15:08	ALF	06/09/2017 15:08	ALF

**Fonte:** Pesquisa de campo/NVIVO® (2017).

**Figura 5** - Fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados, Florianópolis, SC, Brasil (2017).

**Referência 1 - 1,32% Cobertura**

Primeiro que ela é imprescindível para o funcionamento. Quando você observa macroregião e você começa a estudar macroregião, e começa a estudar as redes macroregião e tentar implantar dispositivos dentro daquela mesma macroregião, que tenham a complexidade necessária para dar plano sem resolução ao problema de saúde do paciente dentro daquela macroregião, ou organização que vem através da política de urgência e emergência ela é imprescindível para o funcionamento.

**Referência 2 - 2,69% Cobertura**

união de todo o sistema, a gestão, o dinamismo na resolutividade de todas as ações básicas a terceiros de forma fluente, distribuindo as pessoas dentro de usuários, como a complexidade médica, de gestão, enfermagem, de todo, porque muitas, ela é uma rede. Ela é a complexidade toda em gestão e assim as pessoas v

**Fonte:** Pesquisa de campo/NVIVO® (2017).

Ao final do processo de análise dados, obtiveram-se 04 categorias e 13 subcategorias, que serão apresentadas posteriormente. O

uso do NVIVO® foi fundamental para a organização, consulta e recuperação dos dados produzidos.

#### **4.2.5 Validação do Modelo Paradigmático**

Após o desenvolvimento do modelo, realizou-se à validação das categorias e suas relações com o fenômeno central do estudo (BAGGIO; ERDMANN, 2011). Para construir uma TFD, faz-se necessário transformar dados em conceitos, que devem explicar de forma geral o que está acontecendo. Para isso, esta teoria deve atender a quatro critérios que julgarão sua aplicabilidade: Ajuste, Compreensão, Generalização Teórica e Controle. Para validar a aplicabilidade dos dados, neste estudo foram considerados os três primeiros critérios, sendo, Ajuste, Compreensão e Generalização Teórica (SOUZA; SILVA, 2011).

O mesmo foi encaminhado por e-mail para três profissionais com experiência na utilização do método TFD e dois profissionais com experiência na Política Nacional de Atenção as Urgências (APÊNDICE D). Após, reuniu-se pessoalmente com os validadores para discutir modificações necessárias no modelo. A partir da validação, surgiram contribuições quanto ao nome de algumas categorias, as quais foram acolhidas, determinando a configuração final do modelo teórico conceitual processual.

#### **4.3 ASPÉCTOS ÉTICOS**

Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução 466/2012, a qual incorpora, sob a ótica dos indivíduos e da coletividade, os referenciais da bioética denominados autonomia, beneficência, não-maleficência, equidade e justiça, visando assegurar direitos e deveres no que tange aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Foi solicitada autorização para a instância estadual onde foi realizada a pesquisa (SES/SC), a aprovação da realização da pesquisa e posteriormente o projeto foi inscrito para aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, com aprovação em 20 de Junho de 2016, sob CAAE: 53443216.0.0000.0121 e Número do Parecer: 1.599.440 (ANEXO A).

Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos e métodos da pesquisa, garantindo-lhes pleno acesso aos dados por ele fornecidos, preservação do anonimato e manutenção do sigilo. Considera-se que os riscos oferecidos por esta pesquisa são de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências em SC. Aos participantes foi informado que poderão desistir da pesquisa em qualquer fase, sem ônus ou penalizações. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Para utilização dos dados e aceitação de participação na pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra neste projeto como (APÊNDICE E), obtendo-se a assinatura do participante antes da realização de cada entrevista.

#### 4.4 SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo, apresenta-se o Quadro 1 com uma síntese dos mesmos.

**Quadro 1** - Síntese do percurso metodológico, Florianópolis, SC, Brasil (2017).

Objetivos da pesquisa	Fases do ciclo de política	Abordagem	Fontes/ Participantes	Técnica de coleta de dados	Análise dos dados
<p>Descrever os problemas identificados pelo Executivo Federal que impulsionaram a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências ;</p> <p>Analisar a forma com que estes problemas foram contemplados na agenda de governo;</p>	<p><b>Primeira fase:</b> Identificação do problema.</p> <p><b>Segunda fase:</b> Formação da agenda.</p> <p><b>Terceira fase:</b> Formulação de alternativas.</p>	<p>Qualitativa Documental.</p>	<p>Documentos oficiais, portarias, Atas de órgãos colegiados.</p>	<p>Análise documental.</p>	<p>Os dados foram analisados de acordo com convergência de ideias para formar categorias temáticas.</p>



Elaborar um modelo explicativo a partir da análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina.	<p><b>Terceira fase:</b> Formulação de alternativas.</p> <p><b>Quarta fase:</b> Implementação.</p>	Qualitativa (TFD).	Três Grupos Amostrais formados por gestores, e profissionais integrantes dos grupos condutores da RUE.	Entrevista Intensiva.	Codificação Inicial e focalizada.
--	--	--------------------	--	-----------------------	-----------------------------------

**Fonte:** Autor (2017).

Ressalta-se que neste estudo não foi contemplada a quinta fase do ciclo de política, referente à Avaliação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Dessa forma, pontua-se a necessidades de novos estudos que abordem essa fase.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de três manuscritos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC).

**Quadro 2** - Descrição dos Manuscritos da Tese. Florianópolis, SC, Brasil (2017).

<b>Manuscrito</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>
1	CICLO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: DA IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA	Analisar o ciclo da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina, com foco nas fases de identificação do problema, formação da agenda e formulação da Política.
2	MODELO EXPLICATIVO SOBRE A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA	Elaborar um modelo explicativo sobre a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina, após sua reformulação.
3	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA	Compreender as etapas do processo de implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no Estado de Santa Catarina.

**Fonte:** Autor (2017).

## 5.1 MANUSCRITO 1 – CICLO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: DA IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA

### **CICLO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: DA IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA**

#### **RESUMO**

Este estudo teve o objetivo de analisar o ciclo da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina, com foco nas fases de identificação do problema, formação da agenda e formulação da Política. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com análise interpretativa, do tipo documental. O levantamento documental realizou-se em consulta às Atas da Comissão Intergestores Bipartite, Portarias de âmbito Nacional e Estadual referente à Política Nacional de Atenção as Urgências e aos Planos de Ação para implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina, considerando o período de 2011 a 2016. Os dados foram analisados a luz da metodologia do ciclo de política. O panorama estadual mostra que a Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina começou as discussões sobre a reformulação da Política de Atenção Urgências, no ano de 2011, período no qual foi lançada a portaria nacional que instituiu a Rede de Atenção as Urgências e Emergências. A partir do lançamento dessa portaria, as discussões avançaram e a rede de atenção as urgências passou a fazer parte da agenda do governo Estadual, como uma política a ser implementada. Esse órgão colegiado mostrou-se como um importante espaço para discussões, aprovações e deliberações que impulsionaram a implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina.

**Descritores:** Política de saúde; Políticas públicas de saúde; Serviços Médicos de Emergência; Gestão em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O atendimento as urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) há tempos vêm sendo alvo de críticas e discussões. Diversas são as dificuldades enfrentadas pelos serviços que prestam atendimento nessa área, entre elas, a superlotação dos prontos socorros, motivado pela insuficiência de resposta da Atenção Básica, processo de trabalho nas portas de entrada das urgências sem classificação de risco e com cuidado fragmentado, arcabouço físico e tecnológico insuficiente e insegurança profissional. Aliado a esses aspectos, tem-se dificuldade de otimização de leitos de internação, poucos leitos de retaguarda clínica com tecnologia adequada e distribuição inadequada das portas de entrada, dificultando o rápido atendimento aos casos críticos (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Compreendendo a gravidade e complexidade desse cenário, em 07 de julho de 2011, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou a Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), através da Portaria 1.600 (BRASIL, 2011). A criação de uma Rede específica para as urgências e emergências levou em consideração entre outros aspectos, o impacto socioeconômico e sofrimentos em nível individual e familiar, ocasionados pelos acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil. Sendo estes agravos as principais causas de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Outro ponto importante se refere à necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde, trabalhando desde a promoção e prevenção até formas de tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a RUE surge com o compromisso de prestar atendimento aos usuários com quadros agudos, por meio das portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Esses serviços devem ser organizados em redes regionais de atenção às urgências, garantindo a resolução integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2010). Para isso, faz-se necessário atentar para alguns aspectos importantes como: definição clara da população e território, levando-se em consideração a regionalização; diagnóstico situacional; articulação entre o setor público e privado; criação de estratégias e planejamento com o objetivo de superar os vazios assistenciais; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento em capacitação e preparo dos profissionais e equipes;

criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Para dar conta dessa magnitude, a RUE é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização (SE); Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e, Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

A implantação e efetivação dos componentes da RUE são permeadas por vários desafios. Um dos principais obstáculos refere-se à mudança nos modelos de gestão e atenção à saúde. Essa nova lógica de gestão deve considerar a articulação dos serviços de saúde, de maneira que se complementem, além de ampliar o atendimento de urgência e emergências de baixa gravidade nos serviços da Atenção Básica, de acordo com sua capacidade tecnológica. Sendo assim, são necessários investimentos em recursos humanos e materiais, além da reestruturação física dos serviços de saúde (GARCIA; REIS, 2014).

Diante do contexto, o conjunto de ações para a formulação da RUE e as decisões para seu pleno funcionamento merecem investigação não só pela reorganização do atendimento das urgências e emergências, mas também pelos momentos distintos de gestão do SUS no País. Estudo desenvolvido para avaliação do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) no Estado de Santa Catarina, evidenciou fragilidade na dimensão gestão da urgência, sendo esta gestão dependente das articulações, decisões e ações próprias dos gestores do sistema de saúde e do serviço de urgência (ORTIGA et al, 2016).

Nesse sentido, ao examinar as discussões e decisões tomadas em nível de Comissão Intergestores Bipartite (CIB), assim como as Portarias lançadas especificamente sobre a RUE e os Planos de Ação Regional (PAR) para implantação desta rede, acredita-se que é possível reconhecer tendências para a consolidação das diretrizes e identificar os avanços e limitações na formulação e execução da política.

Uma das metodologias mais utilizadas para analisar políticas é o Ciclo de Política. Trata-se de um modelo de análise onde as políticas públicas são entendidas como resultado de um processo que se desenvolve por fases, gerando um ciclo que se repete. Esta metodologia busca compreender os modos da ação pública, explicitando os avanços e

estagnações, assim como as regras gerais de funcionamento das políticas públicas. Sendo assim, permite reduzir a complexidade da política pública em si, analisando-as como um processo sequencial e inacabado que se repete e reconstrói em resultado a diversidade de mudanças e intercorrências que envolve a formulação de políticas públicas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017). Para isso, o ciclo de política é composto por cinco fases: identificação de problemas; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013).

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o ciclo da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina, com foco nas fases de identificação do problema, conformação da agenda e formulação da Política.

## **MÉTOD**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com análise interpretativa, do tipo documental.

O cenário do estudo foi o Estado de Santa Catarina, que foi selecionado intencionalmente devido à adesão da RUE em todo seu território e a disponibilidade online dos dados oficiais, tornando público todo o material para pesquisa.

A análise documental ocorreu em três conjuntos de documentos: a) Documentos oficiais (ATAS), disponíveis online, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. b) Portarias referentes à Política Nacional de Atenção as Urgências e Rede de Atenção as Urgências e Emergências, estes documentos oficiais, disponíveis online, vinculados ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. c) Planos de Ação Regional de implantação da RUE, disponíveis online nos anexos das deliberações da CIB.

Utilizaram-se como recorte temporal para esta pesquisa os anos de 2011 a 2016. Este recorte se justifica pelo fato de RUE ser lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, sendo assim, procurou-se analisar os dados após a publicação da portaria que institui a RUE em âmbito Nacional.

Das 52 atas disponíveis online, foram selecionadas 38 para análise, por conterem informações sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Rede de Atenção as Urgências e Emergências ou algum

de seus componentes. Destas ATAS 23,7% referem-se ao ano de 2011, 15,8% do ano de 2012, 15,8% do ano de 2013, 13,1% do ano de 2014, 18,5% do ano de 2015 e 13,1% do ano de 2016. Para a coleta de dados utilizou-se o recurso “localizar” do Microsoft Word, pesquisando os documentos que constavam as palavras “urgência” ou “emergência”.

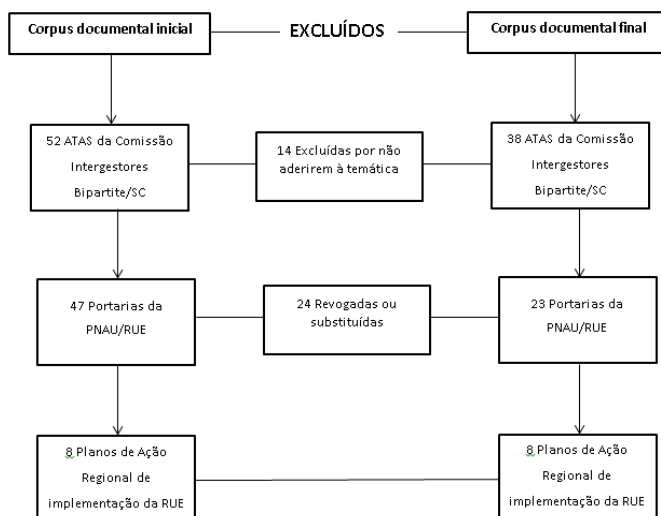
As Portarias foram selecionadas, excluindo-se as revogadas ou substituídas, sendo assim, utilizou-se 16 portarias nacionais e 7 estaduais, que normatizam a RUE e seus componentes. Destas, 21,8% referem-se ao ano de 2011, 26% anos ano de 2012, 34,8% ao não de 2013, 13% ao ano de 2016 e 4,4% ao ano de 2017. Ressalta-se que apesar desta pesquisa ter um recorte temporal de 2011 a 2016, utilizou-se uma Portaria de 2017, pelo sua importância, uma vez que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde, revogando as demais portarias deste componente.

Já os Planos de Ação Regional para implementação da RUE em SC, foram selecionados 100% dos planos, totalizando 8, sendo um plano de cada macrorregião de saúde.

A busca dos documentos foi concluída no mês de junho de 2017. Após este levantamento, a pesquisadora realizou a leitura de todos os documentos, selecionando os que atenderam ao objetivo do estudo. A Figura 1 apresenta o fluxograma da seleção dos documentos.



**Figura 1** - Seleção dos documentos. Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

Os achados foram organizados e posteriormente analisados de acordo com convergência de ideias para formar categorias temáticas. Para essa análise, utilizou-se o marco teórico-conceitual do “Ciclo de Política”. Para este estudo, optou-se em analisar três fases do ciclo da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina: Identificação do Problema, Conformação da Agenda e Formulação da política.

## RESULTADOS

Os documentos pesquisados permitiram organizar e sistematizar as discussões para formulação da RUE, bem como caracterizar as principais tomadas de decisão para sua implementação no Estado de Santa Catarina.

Para melhor visualização e compreensão, os resultados serão apresentados em duas categorias: Processo de identificação do problema e conformação na agenda de governo e Processo de Formulação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências.

## Processo de Identificação do Problema e Conformação na Agenda de Governo

A Rede de Atenção as Urgências e Emergências foi instituída no país no ano de 2011. As discussões sobre esta nova lógica de organização dos serviços de urgência e emergência entraram em pauta na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Santa Catarina, ainda no ano de sua publicação.

A Tabela 1 apresenta as ATAS da CIB que constam discussões sobre a Rede de Atenção as Urgências e Emergências e/ou seus componentes.

**Tabela 1** - ATAS da CIB com discussões sobre a RUE. Florianópolis, SC, Brasil (2017).

<b>DISCUSSÕES DA RUE NAS ATAS DA CIB</b>		
2011	Discutido	Incorporação do SAMU na RUE, modelo de gestão, centrais de regulação e aquisições de novas ambulâncias. Rede de Urgência e Emergência e a criação dos Planos de implantação.
	Aprovado	Constituição de dois grupos condutores para a condução da implantação da RUE em SC. Plano da RUE da macrorregião norte e nordeste e o Plano da RUE Estadual.
2012	Discutido	Remanejamento e implantação de novas Unidades de Serviço Avançado. Utilização do Protocolo de Classificação de Risco/Sistema Manchester. Alocação de recursos financeiros da etapa II do Plano de da RUE em Santa Catarina
	Aprovado	Incentivo financeiro para o Projeto de Atenção Domiciliar (AD). Plano da RUE da Metropolitana de Florianópolis e a adequação da Norte e Nordeste. Solicitação de recurso federal para o desenvolvimento do Plano Operativo da RUE.

2013	Discutido	Plano Estadual das Centrais de regulação Planos de Ação regional da RUE Sala de Estabilização da região metropolitana de Florianópolis
	Aprovado	Instituição do Grupo Conductor Estadual das Redes de Atenção à Saúde Unidades Prestadoras de Serviço que comporão os Pontos de Atenção da RUE da Macrorregião Metropolitana da Grande Florianópolis e Planalto Norte e Nordeste. Planos de Ação para implantação da RUE das macrorregiões Sul, Grande Oeste, Meio Oeste e Foz do Rio Itajaí, Serra Catarinense e Vale do Itajaí. Incentivo financeiro para as unidades hospitalares descritas no Plano da RUE. Proposta para a implantação da RUE e Rede Cegonha por Macrorregião de Saúde de SC. Inclusão de hospitais com porta de entrada na RUE e habilitação/credenciamento de hospitais com Unidade de Assistencial de Alta Complexidade.
2014	Discutido	Ratificação de salas de estabilização. Implantação de Centrais de regulação de internações hospitalares macrorregionais. SES cofinanciar salas de estabilização. Linha de Cuidado do Trauma. Necessidade de atualização do Plano da RUE de todas as macrorregionais para serem enviados ao MS.
	Aprovado	Alteração da Deliberação 418/2012 e posteriormente revo onde o Protocolo de Manchester será substituído pelo Protocolo Catarinense de Classificação de Risco.
2015	Discutido	Utilização de recursos financeiros destinado à hospitais da RUE. Emendas parlamentares, solicitadas e liberadas sem critérios. Necessidade de maior organização da RUE, sobretudo nos componentes SAMU e regulação. Existência de Câmara Técnica de Regulação para o estudo da revisão da RUE.

		Realização da revisão da RUE pelo Grupo Condutor de Redes. Gestão do SAMU (SPDM/SES) e problemas funcionais. Necessidade de homologação e validação do Protocolo Catarinense de Classificação de Risco.
	Aprovado	Credenciamento de hospital para Serviço de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia Pediátrica Revisão conjunta SES/COSEMS da Política da RUE de Santa Catarina. Remanejamento da Gestão Municipal para a Gestão Estadual dos valores da RUE, correspondente a alguns hospitais de Joinville e Lages. Plano de Ação da RUE das Macrorregiões Sul, Grande Oeste, Meio oeste e Foz do Rio Itajaí. Habilitação/qualificação de leitos de Retaguarda, leitos de AVC e leitos de UTI tipo II. Redefinição do Grupo Condutor Estadual da RUE, que fara a revisão da Política da RUE.
	Discutido	Calendário de monitoramento da RUE, pelo Ministério da Saúde.
2016	Aprovado	Realocação de leitos de Retaguarda e cuidados prolongados. Desabilitação de USB do SAMU. Termo Aditivo da RUE da Macrorregião Sul com realocação de leitos de retaguarda. Credenciamento e habilitação de leitos de UTI tipo II, Neonatal, centro de trauma tipo II, UPA tipo III. Implantação de USB do SAMU.

**Fonte:** Comissão Intergestores Bipartite (2017).

A Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina apresentou-se como um dos assuntos discutidos nas reuniões da CIB.

No ano de 2011, seis das dez Atas da CIB apresentam discussões sobre esta temática, o que mostra uma preocupação dos gestores para resolução dos problemas existentes no cenário das urgências e emergências. Entre as principais discussões, está a preocupação iminente como o SAMU, que passa a ser um dos componentes da RUE. Observa-se um olhar deste colegiado para

questões referentes às dificuldades enfrentadas por esse serviço, o modelo de gestão atual e a expansão do SAMU com aquisições de novas ambulâncias. Ainda neste mesmo ano, iniciam-se as discussões em torno da implementação da RUE com a criação dos planos de ação.

Entre as ações da CIB neste período, tem-se a aprovação de dois grupos condutores para implementação da RUE e aprovação do Plano de Ação da RUE na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, destacando que o Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências orientará a elaboração da proposta de Planos de Ação Regionais.

Em 2012, a CIB continua a discutir aspectos referentes ao SAMU, sobretudo remanejamento e implantação de novas ambulâncias. O sistema de classificação de risco também se constituiu como uma preocupação neste colegiado, discutindo-se a utilização de uma metodologia própria para o Estado e Sistema Manchester de classificação de risco. Ainda neste período, os gestores discutiram a alocação de recursos financeiros para a segunda Etapa do Plano de Ação Estadual para implantação da RUE. A CIB aprovou incentivo financeiro para o componente Atenção Domiciliar, solicitação de recurso federal para o desenvolvimento do Plano Operativo da RUE e adequação do Plano de Ação para implantação da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, plano este aprovado em 2011, assim como aprovação do Plano de Ação para a macrorregião metropolitana de Florianópolis.

No ano de 2013 foram debatidas questões referentes a criação dos Planos Regionais para implementação da RUE, Plano Estadual para Centrais de Regulação e composição de Salas de Estabilização (SE) para a macrorregião Metropolitana de Florianópolis, sendo que estes dois últimos se configuram como componentes da RUE.

Analisando as ATAS da CIB, observa-se que 2013 foi um período importante para a RUE no Estado de Santa Catarina, pois foi neste ano que ocorreram aprovação de importantes ações para implantação desta rede no Estado.

Neste ano, foi aprovada a instituição do Grupo Conductor Estadual das Redes de Atenção à Saúde, englobando as redes temáticas preconizadas pela Rede de Atenção à Saúde, sendo elas: Rede cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Aprovou-se também a proposta para a implementação da RUE e Rede Cegonha por

Macrorregião de Saúde de SC, ficando a RUE dividida em oito macrorregiões no Estado.

Outra ação importante para disseminação da RUE em todo o Estado foi a aprovação dos Planos de Ação das macrorregiões Sul, Grande Oeste, Meio Oeste, Foz do Rio Itajaí, Serra Catarinense e Vale do Itajaí, permanecendo neste momento todas as macrorregiões com Plano de Ação construído e aprovado. Sendo assim, as unidades hospitalares descritas nos Planos de Ação passam a ter incentivo financeiro aprovado. Ainda foram aprovadas Unidades Prestadoras de Serviço que comporão os Pontos de Atenção da RUE da Macrorregião Metropolitana da Grande Florianópolis e Planalto Norte e Nordeste e a inclusão de hospitais com porta de entrada na RUE e habilitação/credenciamento de hospitais com Unidade de Assistência de Alta Complexidade.

Já o ano de 2014 inicia na CIB as discussões referentes ao componente Sala de Estabilização, sobretudo em relação a ratificação das SE proposta pelo MS. Uma das sugestões discutidas foi a possibilidade da Secretaria Estadual de Saúde de SC cofinanciar junto ao MS este componente. Outro assunto discutido e que merece destaque refere-se a necessidade de implantação de Centrais de regulação de internações hospitalares macrorregionais. A Linha de Cuidado do Trauma também foi apresentada e discutida neste órgão colegiado, ressaltando que os hospitais portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência são obrigatoriamente incluídos na Rede de Trauma. Uma ação tomada pela CIB neste ano foi a alteração da Deliberação 418/2012 que instituíu o Protocolo de Manchester em SC. Este foi substituído por uma metodologia própria do Estado de SC. Sendo que no mês de julho deste mesmo ano revogou a deliberação 418/2012 e definiu como critério para implantação do acolhimento e classificação de risco, o Protocolo Catarinense de Classificação de Risco.

Em 2015, a CIB discutiu aspectos referentes a utilização de recursos financeiros destinado a hospitais da RUE e emendas parlamentares solicitadas e liberadas sem critérios técnicos, o que dificulta consolidação e implementação da RUE em pontos estratégicos conforme proposto pelos Planos de Ação. Sendo assim, debateu-se a necessidade de melhor organização da RUE no Estado, sobretudo nos componentes SAMU e Regulação, visualizando-se a necessidade de revisão da RUE, a qual deve ser realizada pelo Grupo Condutor de

Redes. Discutiu-se a inclusão da Câmara Técnica de Regulação para o estudo da revisão da RUE.

O SAMU voltou a ser alvo de discussão neste ano, sobretudo em relação a gestão e problemas funcionais. E por fim, a CIB reconheceu a necessidade de homologação e validação do Protocolo Catarinense de Classificação de Risco.

Ficou aprovada neste período a revisão da Política da RUE que deveria ser efetuada pelo Grupo Condutor Estadual, em uma revisão conjunta da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Os Planos de Ação das macrorregiões Sul, Grande Oeste, Meio oeste e Foz do Rio Itajaí, sofreram alterações e foram aprovados ainda em 2015, assim como credenciamento de hospital para Serviço de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia Pediátrica e Habilitação/qualificação de leitos de Retaguarda, leitos de AVC e leitos de UTI tipo II para alguns hospitais. Aprovou-se também remanejamento da Gestão Municipal para a Gestão Estadual dos valores da RUE, correspondente a alguns hospitais.

No ano de 2016 houve discussão sobre o calendário de monitoramento da RUE, que será realizado no Estado pelo Ministério da Saúde. Aprovou-se realocação de leitos de retaguarda e cuidados prolongados, credenciamento e habilitação de leitos de UTI tipo II, Neonatal, centro de trauma tipo II e UPA tipo III para algumas macrorregiões, componentes estes constantes no Plano de Ação da RUE. Em relação ao SAMU aprovou-se a desabilitação e implantação de Unidades de Suporte Básico (USB) em alguns municípios.

### **O Processo de Formulação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências**

O processo de formulação da RUE pode ser analisado através da formalização das decisões, sendo que estas podem ocorrer por meio de medidas administrativas do legislativo (leis), executivo (decretos, resoluções, etc) e entre outros documentos.

Para este estudo optou-se por utilizar as portarias referentes à Política Nacional de Atenção as Urgências e os Planos de Ação macrorregional para implantação da RUE em SC.

A Tabela 2 apresenta as portarias Nacionais referentes à Política Nacional de Atenção as Urgências, publicadas no período de janeiro de 2011 a julho de 2016.

**Tabela 2 - Portarias Nacionais da Política Nacional de Atenção as Urgências. Florianópolis, SC, Brasil (2017).**

<b>Portarias Nacionais da Política Nacional de Atenção às Urgências (01/2011 – 07/2017)</b>		
<b>Componente</b>	<b>Portaria nº</b>	
RUE	1.600 de 07/07/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a RUE no SUS.
	1.663 de 06/08/2012	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da RUE.
UPA	10 de 03/01/2017	Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Sala de estabilização	2.338 de 3/10/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização
SAMU	1.010 de 21/05/2012	Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências.
	356 de 08/04/2013	Fica redefinido o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao SAMU192.
	1.473 de 18/07/2013	Altera a Portaria nº 1.010 de 21/05/2012, que redefina as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências.
Atenção domiciliar	825 de 25/04/2016	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
	672 de 18/10/2011	Estabelecer normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da Atenção Domiciliar no SUS.



	1.208 de 18/06/2013	Dispõe sobre a integração da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.
	2.395 de 11/10/2011	Organizar o componente Hospitalar da RUE no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).
Hospitalar	2.809 de 7/12/2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito SUS
	3.390 de 30/12/2013	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Linha de cuidado	2.994 de 13/12/2011	Aprova a Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
	665 de 12/04/2012	Aprova a linha do Cuidado do AVC e dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centros de Atendimento de Urgência aos Usuários com AVC no âmbito do SUS.
	1.365 de 08/07/2013	Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na RUE.

**Fonte:** Ministério da Saúde (2017).

No período de janeiro de 2011 a julho de 2017, foram publicadas diferentes portarias referentes à Política Nacional de Atenção a Urgência e seus componentes. Ressalta-se que foram incluídas neste estudo apenas as portarias vigentes.

Quase uma década após a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências, publicada em 2003, o MS publicou a portaria 1.600, em 07 de julho de 2011. Esta é a principal portaria referente à RUE, pois além de reformular esta Política, também instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em nível Nacional.

A partir da análise da Tabela 2, percebe-se que as portarias são lançadas levando-se em consideração os diferentes componentes da RUE.

Em relação as Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), a portaria que está em vigor é a nº 10 de 03 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria define a UPA 24h como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que se articula com os demais componentes RUE promovendo melhor funcionamento desta rede.

Para o SAMU, têm-se as Portarias nº 1.010 de 21/05/2012 que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, sendo alterados os Art. 12 e 25 referentes a recursos financeiros através 1.473 de 18/07/2013, e a portaria nº 356 de 08/04/2013 que redefine o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao SAMU192. De acordo com estas portarias, o SAMU 192 é um serviço acionado pelo número de telefone “192”, por meio de uma Central de Regulação das Urgências que envia veículo tripulado por equipe especializada, a fim de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo morte. Esses serviços devem estar cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

A Atenção Domiciliar é regida pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Segundo essa portaria, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, que complementa a Atenção Básica e Serviços de Urgência, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Já para o componente de Sala de Estabilização vigora a Portaria nº 2.338 de 3/10/2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização. Sendo assim, esse componente configura-se como um serviço de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.

O componente Hospitalar segue as normas estabelecidas pela Portaria nº 2.395 de 11/10/2011, que organiza o componente Hospitalar da RUE no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), sendo lançada em 30/12/2013 a Portaria nº 3.390 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além dessas, também foi lançada a Portaria nº 2.809 de 7/12/2012 a qual estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito SUS.

O componente hospitalar da RUE tem como objetivo a organização da atenção às urgências nos hospitais, garantindo retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva, além da atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias para a rede de atenção às urgências. Sendo assim, divide-se em Portas de Entrada para urgência e Emergência, leitos de retaguarda clínica, cuidados prolongados, UTI pediátrica e Adulta e especializados.

Em relação às Linhas de Cuidado, foram aprovadas três, sendo elas: Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por meio da Portaria nº 2.994 de 13/12/2011; Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), por meio da Portaria nº 665 de 12/04/2012 e, por fim, a Linha de Cuidado do Trauma, sob a Portaria nº 1.365 de 08/07/2013. Estas Linhas de Cuidado foram priorizadas levando-se em consideração a necessidade da implementação de estratégias no SUS que deem conta da necessidade epidemiológica “urgente”.

O Estado de Santa Catarina segue a legislação vigente proposta pelo Ministério da Saúde para implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergência e para tal lançou portarias específicas para o Estado, a fim de implementar a RUE em conformidade com as normativas do MS. A Tabela 3 apresenta as portarias Estaduais

referentes à Política Nacional de Atenção as Urgências, publicadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

**Tabela 3** - Portarias Estaduais da Política Nacional de Atenção as Urgências. Florianópolis, SC, Brasil (2017).

Portaria nº	Portarias Estaduais da Política Nacional de Atenção às Urgências (01/2011 – 07/2017)
2.011 de 14/09/2012	Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
2.541 de 08/11/2012	Etapa II - Plano de Ação N e NE. Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
1.256 de 25/06/2013	Aprova a Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
2.941 de 04/12/2013	Aprova a Etapa IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
3.123 de 17/12/2013	Suspende repasse de recursos aprovados pela Portaria nº 2.011/GM/MS, de 14 de setembro de 2012, referente à Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios;
822 de 25/04/2016	Revoga o anexo I e altera o anexo II da Portaria nº 2.541/FM/MS, de 8 de novembro de 2012;
2.157 de 17/10/2016	Redefine o componente hospitalar do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência do Estado e Municípios de Santa Catarina

**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (2017).

O Estado de Santa Catarina inicia a formulação da RUE em 2012 lançando portaria para aprovação da I Etapa do Plano de Ação e

alocando recursos financeiros para tal. As demais etapas do Plano de Ação da RUE foram aprovadas consecutivamente até 2013.

Ainda em 2013, o Estado de Santa Catarina suspende o repasse de recursos aprovados na I Etapa do Plano de Ação, relacionados ao custeio de 4 leitos de UTI adulto tipo II do Instituto de Cardiologia. Três anos após, em 2016, o Estado lança nova portaria revogando o anexo I e alterando o anexo II da Portaria de 2012 que aprovou a II Etapa do plano de Ação, anexos estes referentes ao repasse de recurso financeiro.

Diante do contexto apresentado acima, é possível perceber que Santa Catarina iniciou a formulação da RUE por etapas. Primeiramente, aprovou a Etapa I que se refere à macrorregião metropolitana de Florianópolis, seguida pela Etapa II referente à macrorregião Planalto Norte e Nordeste e após aprova por meio das Etapa III e IV os Planos de Ação para a macrorregiões Extremo Oeste, Meio Oeste, Planalto Serrano, Sul, Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí.

Por fim, em 2016, foi lançada portaria própria de SC redefinindo o componente hospitalar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção as Urgência e Emergência das macrorregiões Serra Catarinense, Grande Oeste, Meio Oeste, Vale do Itajaí, Sul e Foz do Rio Itajaí.

Para identificar o processo de tomada de decisão para formulação da RUE, analisaram-se os Planos de Ação Regional (PAR) para implementação dessa rede nas oito macrorregiões de Santa Catarina. Os Planos de Ação para implementação da RUE contém em sua estrutura informações referentes à composição da macrorregião, apresentando as regionais de saúde e municípios de abrangência. Após esses dados, são apresentados o diagnóstico de saúde da macrorregião como: cobertura da Atenção Básica e hospitalar, além das Salas de Estabilização, SAMU, UPAS e Serviços de Atenção Domiciliar existentes. Outro dado relevante diz respeito às ações que cada macrorregião desenvolveu para implantação da RUE em seu território. Por fim, é apresentado no Plano de Ação a proposta de desenho da RUE na macrorregião.

A RUE é desenhada no PAR através de seus componentes, sendo eles: componente hospitalar, que define os hospitais com portas de entrada para urgência e emergência no SUS, hospitais com Leitos de Retaguarda Clínicos, Leitos de Cuidado prolongado, Leitos de UTI e Leitos especializados nas linhas de cuidados preconizados pela RUE; componente pré-hospitalar fixo e móvel, que engloba as salas de

estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU; e, componente pós-hospitalar, relacionado à Atenção Domiciliar.

Esses Planos foram elaborados pelos Grupos Condutores da RUE no período de 2011 e 2013, porém após sua conclusão percebeu-se a necessidade de adequações no desenho da RUE proposto por cada macrorregião. Sendo assim, em 2016, o MS lança Nota Técnica 404 que aprova alterações no desenho do componente hospitalar proposto para SC.

O Quadro 1 apresenta o desenho do componente hospitalar da RUE aprovado em cada macrorregião.

**Quadro 1** - Desenho do componente hospitalar da RUE em Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil (2017).

<b>Componente hospitalar</b>									
Macrorregiões*		I	II	II I	I V	V	V I	VII	VII I
Porta de Entrada	Geral	-	-	0 1	01	0 1	01	01	01
	Tipo I	-	0 2	0 1	01	-	-	-	01
	Tipo II	0 4	0 2	0 1	02	0 2	02	03	01
Leitos de UTI Adulto	Novos	5 6	3 0	3 4	56	2 0	30	43	50
	Qualificados	6 3	4 7	3 1	26	1 6	37	45	16
Leitos de UTI Pediátrico	Novos	-	-	-	-	-	-	-	02
	Qualificados	1 8	0 5	0 2	07	0 6	04	10	06
Leitos de Retaguarda Clínica	Novos	5 5	2 6	7 5	49	1 3	79	58	102
	Qualificados	5 2	2 6	6 8	43	1 1	79	58	52
Leitos de Cuidados Prolongados	Aprovados	4 0	5 0	5 0	50	3 0	35	11 5	80
Leitos especializados	UCO	1 0	0 6	0 6	-	0 3	10	12	04
	AVC	5	2	1	25	1	25	22	16

		0	0	5		5			
--	--	---	---	---	--	---	--	--	--

\* I Planalto Norte e Nordeste; II Metropolitana Grande Florianópolis; III Grande Oeste; IV Meio Oeste; V Serra Catarinense; VI Sul; VII Vale do Itajaí; e VIII Foz do Rio Itajaí.

**Fonte:** Ministério da Saúde (2017).

A partir do Quadro 1, percebe-se que o componente hospitalar da RUE está presente nas oito macrorregiões de Santa Catarina. Desenhou-se no Estado um total de 28 hospitais com Portas de Entrada para urgência e emergência, sendo classificados como Hospital Geral, com cobertura para até 200 mil habitantes, Hospital Tipo I, com cobertura de 201 a 500 mil habitantes e Hospital Tipo II, com cobertura maior que 500 mil habitantes.

Os Leitos de UTI e Retaguarda Clínica estão classificados como Novos (leitos novos construídos) e Qualificados (leitos que apresentam os requisitos exigidos pelo MS e recebem qualificação para tal).

Santa Catarina teve aprovados 319 leitos novos e 281 leitos qualificados de UTI adulto. Quanto à UTI pediátrica, foram aprovados 02 novos leitos e 58 qualificados. Já os leitos de Retaguarda Clínica permaneceram 407 leitos novos e 389 leitos qualificados.

Os leitos de Cuidados Prolongados e especializados em Unidade Coronariana e Acidente Vascular cerebral representam a quantidade de 450, 51 e 188 respectivamente.

Justifica-se que os demais componentes da RUE, SAMU, UPA, Sala de Estabilização e Atenção Domiciliar, não foram possíveis de análise, pois não foram publicadas Portarias ou Nota Técnica do MS aprovando modificações nesses serviços e o desenho proposto pelo PAR já sofreu modificações.

## DISCUSSÃO

A partir da análise das atas da CIB, observa-se que o ano de 2011 pode ser considerado o estopim para a formulação da RUE em Santa Catarina. A Política da RUE e seus componentes tiveram destaque em diversas reuniões deste órgão colegiado, o que demonstra preocupação dos gestores na organização de uma rede de cuidados de urgência e emergência resolutiva.

De forma similar, estudo desenvolvido em Minas Gerais com objetivo de compreender o funcionamento da RUE naquele Estado, identificou que a implantação de uma rede de serviços que atenda as necessidades da atenção às urgências e emergências é um desafio a ser enfrentado pelo SUS, pois se trata de uma rede complexa, que envolve diferentes atores e serviços. Sendo assim, o planejamento para implantação da RUE demanda envolvimento e organização por parte dos gestores de saúde (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

A partir das discussões e do lançamento de portarias para essa política, é possível apreender o desejo e empenho do Ministério da Saúde em consolidar a implementação da RUE em todo território Catarinense. O Governo Federal demonstra prioridade na implementação da RUE, adotando regulação normativa e aporte financeiro como estratégia para indução de mudanças e promoção da Política de Atenção às Urgências, prova disso, é a significativa adesão das Unidades de Federação a esta rede (KONDER; O'DWYER, 2015). A amplitude de problemas enfrentados no cenário das urgências e emergências e a necessidade de melhorias nesse segmento podem estar entre os motivos que colocaram a Política de Atenção às Urgências como pauta fundamental e prioritária para o Governo Federal e maioria dos Estados do país (JORGE et al, 2014).

Observou-se nesta pesquisa que a RUE está articulada com diferentes pontos de atenção à saúde, incluindo ações desde a Atenção Básica até serviços de alta complexidade, demonstrando que a formulação desta rede em Santa Catarina está seguindo as normativas ministeriais. Segundo a proposta do MS, a atenção às urgências deve percorrer todos os níveis do SUS, desde unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento), hospitalar e domiciliar (JORGE et al, 2014).

Apesar do foco da RUE ser uma assistência sistêmica e integrada, a interlocução entre seus diferentes pontos de atenção ainda se encontra incipiente. A Atenção Básica apresenta dificuldades em assumir seu papel de ordenadora de rede e a gestão dos prestadores de serviços entre as três esferas de governo impõe dificuldades a constituição da RUE, pois as regras e recursos disponíveis nem sempre são suficientes para resolução dos problemas (KONDER; O'DWYER, 2015).



As discussões nas Atas da CIB de Santa Catarina e os Planos de Ação Regional para implementação da RUE mostram que essa rede está em constante processo de modificação no Estado, o que demonstra o quanto complexa é o arranjo desta nova lógica de organização da assistência a saúde no SUS. A efetivação de uma rede que articule todos os seus componentes para atuarem de forma integrada perpassa a integração entre as três esferas de governo, garantindo um financiamento adequado para uma melhor atenção as urgências e emergências (JORGE, 2014).

O levantamento das características de cada macrorregião e elaboração do diagnóstico situacional para construção dos Planos de Ação foi um movimento que possibilitou o conhecimento do perfil e das necessidades de cada macrorregião. A análise desse diagnóstico impulsionou a construção de uma rede que atenda as diferentes demandas oriundas do cenário das urgências e emergências em todo o Estado de Santa Catarina, uma vez que o Estado conta com uma vasta extensão territorial, com realidades diferentes em cada macrorregião de saúde.

Estudo produzido em três regiões da Amazônia com objetivo de analisar potencialidades, limites e desafios da governança regional no processo de implementação de redes de atenção à saúde também identificou que o diagnóstico situacional foi uma importante etapa no processo de construção de uma rede de saúde resolutive. Sua principal contribuição foi a mobilização e sensibilização de gestores quanto às questões regionais, que ultrapassa as fronteiras dos municípios, dos estados ou mesmo das regiões de saúde definidas dentro de cada Estado (CASANOVA et al, 2017).

Após a Elaboração e aprovação dos Planos de Ação para implementação da RUE nas oito macrorregiões de saúde, Santa Catarina passa a implementar a rede, sobretudo por meio dos componentes pré-hospitalar (SAMU, UPAS), hospitalar (portas de entrada, leitos de retaguarda clínica, cuidados prolongados e UTI) e complexo regulador. Porém, nas discussões e no lançamento de inúmeras portarias modificando os diferentes componentes da RUE, observa-se uma preocupação para que estes serviços habilitados e/ou qualificados de fato produzam uma assistência resolutive.

Para Konder e O'Dwyer (2015), a implantação da Política de Atenção às Urgências criou e habilitou novas unidades assistências, o que demandou forte investimento financeiro, porém, os serviços

hospitalares de emergência não sofreram modificação consistentes que impactassem o atendimento. O complexo regulador da RUE também se mostrou como uma forte preocupação entre os gestores da CIB, pois entendem que este componente é fundamental para o funcionamento da rede. Pesquisa desenvolvida por Casanova (2017) também identificou que o complexo regulador foi compreendido como um importante avanço para a consolidação das redes de atenção às urgências.

Um dos componentes alvo de destaque nas discussões da CIB de SC foi o SAMU, sobretudo em relação a sua gestão e importante papel que desempenha na rede de urgência e emergência. Assim como nesta pesquisa, estudo desenvolvido no Estado da Bahia, que analisou as atas de uma Comissão Intergestores Regional (CIR), também identificou a implantação do SAMU como tema amplamente debatido naquela comissão (ALMEIDA et al, 216). Este fato pode ser justificado pela necessidade que se enfrenta no Estado de Santa Catarina de maior atenção e investimento neste componente (ORTIGA et al, 2016). Teles et al. (2017) também identificaram em seu estudo a necessidade de ampliação dos recursos financeiros destinados ao SAMU, destacando ser imprescindível maiores investimentos na estrutura e na organização da rede assistencial do SUS.

Diante do contexto apresentado, observa-se que o Estado de Santa Catarina vem trabalhando ao longo dos últimos anos com a intenção de implementar a RUE em todo o seu território. As portarias e atas da CIB mostram que as fases do processo de implementação já estão consolidadas. O Estado, por meio do Plano de Ação para implementação da RUE, realizou o diagnóstico de saúde e desenhou sua rede de acordo com as necessidades apresentadas em cada macrorregião, formalizou também a criação de um grupo condutor para implementação da RUE, sendo que esta rede está em fase de contractualização, qualificação e certificação. Todas estas fases são preconizadas pelo MS como requisito necessário para implementação da RUE.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo, constatou-se que a RUE surgiu diante de um panorama desfavorável enfrentado pelos serviços de urgência e emergência no país e no Estado de Santa Catarina. As expectativas depositadas na reestruturação desses serviços advindas com a

implementação da RUE, fez com que autoridades de saúde se mobilizassem para tal efetivação. Dessa forma, a análise das atas da CIB evidenciou a importância desse colegiado para a elaboração de acordos e tomada de decisões para implementação da RUE, exigindo dos gestores estratégias de planejamento de forma regionalizada.

O governo do Estado de Santa Catarina mostrou-se empenhado para implementação da RUE em todo seu território, seguindo os passos propostos pelo MS. Houveram discussões e tomadas de decisão a fim de regulamentar todos os componentes estabelecidos pela RUE, sendo este um processo complexo e dinâmico que envolve diferentes atores. Assim, a formulação da RUE em Santa Catarina é fruto de amplos debates entres órgãos colegiados e Governo Federal.

Vale ressaltar o papel do Grupo Condutor da RUE, mostrando-se como um importante aliado para efetivação desta rede no Estado. No panorama estadual, a RUE já se mostra em fase de implementação do ponto de vista estrutural, ainda que incompleta em funcionamento.

Quanto às limitações deste estudo, pontua-se a discussão dos resultados apresentados, tendo em vista que Santa Catarina foi um dos Estados pioneiros na RUE e são escassos os estudos similares na literatura sobre esse tópico. Entretanto, acredita-se que esta pesquisa não contribuiu apenas para mostrar o panorama da RUE em SC, mas também favorece o entendimento de diferentes momentos que envolve o processo de formulação das Redes de Atenção à Saúde no território brasileiro. Assim, espera-se contribuir para ampliar o debate sobre a formulação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências, bem como fornecer subsídios para fortalecer as ações de implementação das demais Redes de Atenção à Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc**, v.25, n.2, p.320-35, 2016.

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

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

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 31 dez. 2010. Seção I, p. 88, Col. 2. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 02 out 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 08 jul. 2011. Seção I, p. 69, Col. 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 02 out 2015.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209-24, 2017.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n 67, v. 2, p. 261-7, 2015.

JORGE, A. O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 125-45, 2014.

KONDER, M. T; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-45, 2015.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 879-92, 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 15-37, 2014.

ORTIGA, A. M. B. et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 32, p. 01-18, 2016.

TELES, A. S. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 25, p. 51-57, 2017.

TORRES, S. F. S.; BELISARIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saude soc.**, v. 24, n.1, p. 361373, 2015.

VAISTMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L.V.C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 589-611, 2013.

## 5.2 MANUSCRITO 2 – MODELO EXPLICATIVO SOBRE A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

### **MODELO EXPLICATIVO SOBRE A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

#### **RESUMO**

A Política Nacional de Atenção as Urgências foi criada em 2003 e reformulada em 2011 com a Instituição da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. O Estado de Santa Catarina foi um dos pioneiros na discussão desta rede. Este estudo apresentou como objetivo elaborar um modelo explicativo sobre a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina, após sua reformulação. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. A amostragem teórica do estudo foi composta por três grupos amostrais perfazendo 20 participantes, que incluíram profissionais e gestores de saúde que vivenciam ou vivenciaram a implantação desta política no Estado. Os dados foram coletados por meio de entrevistas intensivas e codificadas a partir de codificação inicial e focalizada. A partir da interconexão das categorias, obteve-se o fenômeno “Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências”, o qual é composto por quatro categorias: Formulando a RUE, Colocando a RUE para funcionar, Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RUE e Melhorando a qualidade da atenção às urgências. Identificou-se neste estudo que a Política Nacional de Atenção as Urgências iniciou sua reformulação em Santa Catarina no ano de 2007 com a criação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. Porém, dez anos após, a efetivação desta rede ainda é incipiente, necessitando de maior articulação entre seus diferentes componentes.

**Descritores:** Política de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Gestão em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O atendimento às urgências e emergências configurou-se como prioridade no Brasil a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), ancorada no objetivo de garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento desta magnitude (BRASIL, 2003). Além disso, a PNAU preconiza a estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que contemplam também a rede pré-hospitalar (ORTIGA et al., 2016).

O cuidado norteado pelo princípio de organização em redes mantém-se presente no discurso do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua idealização. Porém, apesar da criação do SUS ter ocorrido há mais de 20 anos, somente em 2010 é que o Ministério da Saúde brasileiro lançou oficialmente, por meio da Portaria 4.279, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a proposta de organizar as ações e serviços do setor de saúde de forma articulada (AMARAL; BOSI, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde são organizadas a partir de diferentes temas de atenção, denominadas de Redes Temáticas. Cada rede temática organiza o cuidado, nos diferentes níveis tecnológicos de forma singular. A ideia central da divisão da RAS em diferentes redes está relacionada à capacidade de indução que determinados temas apresentam para organizar o conjunto das RAS. Portanto, o objetivo é a oferta de um cuidado contínuo e qualificado, por meio de um conjunto de serviços organizados tecnologicamente, levando-se em consideração particularidades que exigem diferentes ofertas assistenciais (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Sendo assim, em 2011, a PNAU foi reformulada, e instituiu-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde que prestam atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2011). Esta rede foi regulamentada pela Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011 e surgiu com o compromisso de organizar o cuidado aos usuários com quadros agudos, a partir das portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Esses serviços devem ser organizados em redes regionais de atenção às urgências, garantindo a resolução integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011).

A pretensão de organizar um sistema regional em rede de atenção à saúde propõe assegurar diferentes serviços em diversos níveis de complexidade técnico sanitária, garantindo mediante a articulação de serviços dos entes federativos, robustez tecnológica à rede (SANTOS, 2017). Essa lógica de organização e oferta de cuidado no Sistema Único de Saúde impõe um novo desafio às análises de sistemas de saúde. Torna-se necessário operacionalizar de modo rigoroso as práticas de avaliação e investigação neste campo, sobretudo para possibilitar a compreensão dos processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seus efeitos (AMARAL; BOSI, 2017).

Nesse sentido, destaca-se a relevância de analisar o ciclo da Política de Atenção às Urgências e conseqüentemente a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, não somente pela reorganização do atendimento das urgências e emergências, mas também pelos momentos distintos de gestão do SUS no País. Assim, levando-se em consideração a reformulação da PNAU, em 2011, estabeleceu-se como questão norteadora: Como a Política Nacional de Atenção às Urgências vem sendo formulada e implementada em Santa Catarina?

Para responder tal questionamento, objetivou-se elaborar um modelo explicativo sobre a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina, após sua reformulação.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com base no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016).

O cenário do estudo foi o Estado de Santa Catarina, que é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul do país. Em relação à Política Nacional de Atenção às Urgências, Santa Catarina vem se adequando às portarias e normas propostas pelo MS. Com a publicação da Portaria 1.600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todo território nacional, o Estado vem se mobilizando para implementar a RUE nas suas oito macrorregiões de saúde.

Justifica-se a escolha do local de estudo, delimitando o Estado de Santa Catarina, por este estar entre as cinco Unidades de Federação



do país completadas em toda sua extensão territorial pela RUE. Santa Catarina é o Estado com o maior número de portas hospitalares de urgência que receberam recursos para qualificação e o segundo Estado com maior número de novos leitos clínicos financiados no âmbito da RUE, ficando atrás apenas do Estado de São Paulo (BRASIL, 2014).

Para implementação da RUE, Santa Catarina foi dividida em oito macrorregiões, sendo elas: Sul, Centro Oeste, Meio Oeste, Metropolitana da Grande Florianópolis, Vale do Rio Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Planalto Serrano e Planalto Norte e Nordeste.

Conforme preconiza a metodologia da TFD, os participantes da pesquisa foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de uma amostragem teórica, que consiste na inclusão de diferentes sujeitos para refinar e adensar as categorias que surgem ao longo do estudo (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016). Para a amostragem teórica do estudo, foram compostos três grupos amostrais perfazendo um total de 20 participantes, definidos a partir da circularidade dos dados e no método comparativo constante.

O primeiro grupo amostral foi composto por oito (P1-P8) profissionais que participam e/ou participaram da gestão da PNAU a nível Estadual e Nacional. Sendo três enfermeiros, três médicos, um fisioterapeuta e um administrador. Eles tinham idade média de 45 anos e atuam na gestão da PNAU em média de três anos. Optou-se em iniciar junto aos gestores levando em consideração a sua participação direta no processo de formulação e implantação das políticas públicas.

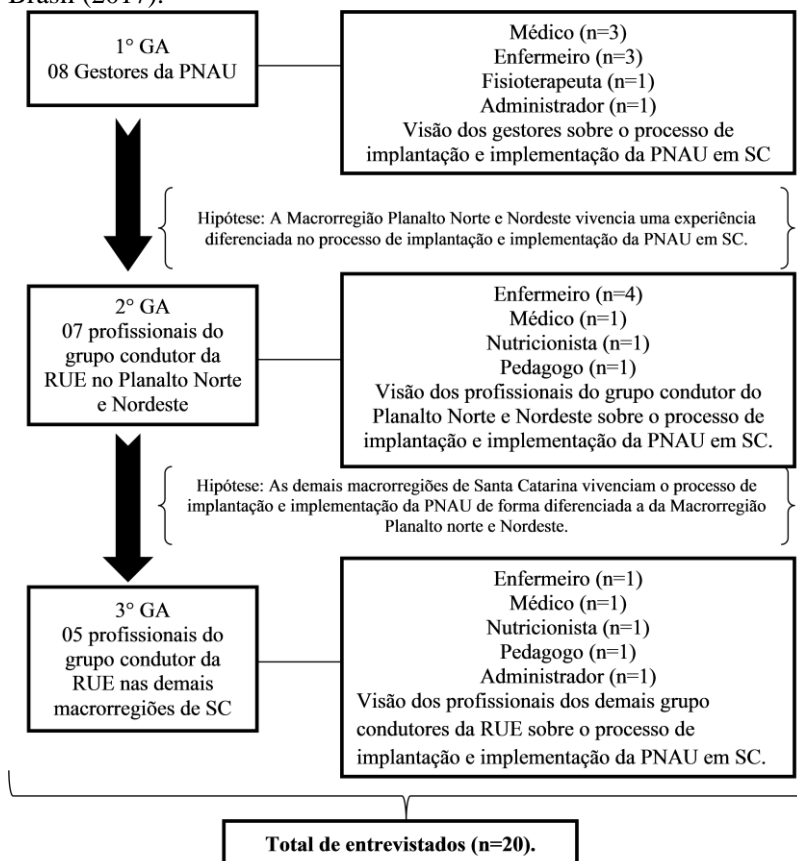
À medida que as entrevistas aconteciam e as respectivas análises desse grupo amostral avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes em algumas entrevistas, entre eles, a iniciação de um projeto piloto da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste de Santa Catarina, antes mesmo do lançamento da portaria em 2011. Esse fator desencadeou a formação do segundo grupo amostral, composto por sete (P09 – P15) profissionais que atuam e/ou atuaram no grupo condutor da RUE naquela macrorregião, sendo: quatro enfermeiros, um médico, um nutricionista e um pedagogo. Eles tinham idade média de 41 anos e atuaram no grupo condutor em média 4 anos.

No decorrer da análise destas entrevistas, identificou-se de forma relevante que a implementação da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC não seguiram a mesma lógica e organização do projeto piloto da macrorregião Planalto Norte e Nordeste. A partir disso, foi constituído o terceiro grupo amostral composto por cinco (P16-P20)

profissionais que atuam e/ou atuaram nos grupos condutores da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC, sendo: um profissional das seguintes categorias: médico, enfermeiro, nutricionista, administrador e pedagogo. A idade média desse grupo foi 40 anos, com atuação no grupo condutor em média de 3 anos.

Foi considerado como critério de inclusão para os três grupos amostrais: a experiência profissional no processo de formulação e implementação da PNAU no Estado de Santa Catarina. A seleção dos participantes deu-se pelo método de “Bola de Neve”. Dessa forma, por meio da análise dos documentos oficiais da PNAU em Santa Catarina selecionou-se o primeiro informante chave e este indicou outro participante e assim sucessivamente. O fluxograma apresentado na Figura 1 ilustra o processo de seleção dos participantes da pesquisa.

**Figura 1** – Fluxograma de seleção dos entrevistados. Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

A coleta dos dados ocorreu nos meses de julho de 2016 a agosto de 2017, por meio de entrevista intensiva (SANTOS et al., 2016), as quais foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas individualmente nos locais de preferência dos participantes ou via Skype. Estas seguiram um roteiro com questões abertas relacionadas ao processo de formulação e implementação da PNAU em Santa Catarina. Ressalta-se que foi realizado um pré-teste com um profissional que atuou como gestor na PNAU em Santa Catarina, a fim de validar o roteiro de coleta de dados.

Para o primeiro GA, as perguntas versaram sobre a percepção do cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU, processo de formulação e implementação desta política no Estado, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. Já o segundo GA, as questões versavam sobre a experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na macrorregião planalto Norte e Nordeste, processo de formulação e implementação desta política na macrorregião planalto Norte e Nordeste, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. O terceiro grupo amostral respondeu questões relacionadas à experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na sua macrorregião, processo de formulação e implementação desta política na sua macrorregião, dificuldades vivenciadas durante o processo e melhorias percebidas com a implantação da PNAU.

A duração média das entrevistas foi de 50 minutos. Elas foram transcritas na íntegra através Microsoft Office Word® e geraram aproximadamente 240 páginas transcritas. Além das entrevistas, conforme preconiza o método TFD, foram elaborados 18 memorandos e 6 diagramas, os quais também serviram de material para análise dos dados.

Para a análise dos dados, foram utilizadas duas etapas de codificação: inicial e focalizada. A codificação inicial consiste na divisão e denominação de cada segmento de dado em códigos que expressam os significados presentes nas falas dos entrevistados. Na codificação focalizada, os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram classificados, integrados, sintetizados e organizados em subcategorias e categorias até a obtenção do fenômeno ou da categoria central da pesquisa. O fenômeno configura-se como a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016). Para organizar e categorizar os dados, foi utilizado o software NVIVO®10.

O referencial teórico para análise dos dados foi Ciclo de Política. Conforme essa perspectiva teórica, a materialização de uma política pública passa por alguns momentos de maturação. A modelização do processo de elaboração de uma política é denominada de ciclo da política (*policy cycle*). Este ciclo é dividido em cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos: identificação de

problemas; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO 2013).

Para construir uma TFD faz-se necessário reduzir dados a conceitos, que devem explicar de forma geral o que está acontecendo. Para isso, esta teoria deve atender a quatro critérios que julgarão sua aplicabilidade: ajuste, compreensão, generalização teórica e controle. Para validar a aplicabilidade dos dados, neste estudo foram considerados os três primeiros critérios (SOUZA; SILVA, 2011).

O mesmo foi encaminhado por e-mail para três profissionais com experiência na utilização do método TFD e dois profissionais com experiência na Política Nacional de Atenção as Urgências. Após reuniu-se pessoalmente com os validadores para discutir modificações necessárias no modelo. A partir da validação, surgiram contribuições quanto ao nome de algumas categorias, as quais foram acolhidas, determinando a configuração final do modelo teórico conceitual processual.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme consta na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 1.599.440. As entrevistas foram consentidas pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação dos objetivos e do método do estudo. Os depoimentos obtidos foram identificados com a letra “P” (profissionais) associadas a números conforme ordem das entrevistas.

## **RESULTADOS**

As quatro categorias e suas subcategorias que emergiram da análise dos dados estão apresentadas no Quadro 1. A partir da interconexão das categorias, obteve-se o fenômeno “Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências”. A seguir, descreve-se cada uma das categorias.

**Quadro 1** – Categorias, subcategorias e fenômeno do estudo. Florianópolis, SC, Brasil (2017).

<b>Subcategorias</b>	<b>Categorias</b>	<b>Fenômeno</b>
Trabalhando com “ambulânciaterapia” Desenvolvendo projeto piloto da RUE Recebendo apoio do Ministério da Saúde	<b>Formulando a RUE</b>	<b>Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências</b>
Dividindo o Estado em macrorregiões Expandido a RUE por meio de Portaria Ministerial Elaborando Plano de Ação Regional	<b>Colocando a RUE para funcionar</b>	
Trocando coordenadores frequentemente Sofrendo influência política partidária Valorizando o componente hospitalar Contando com prestados de serviço que visam apenas recurso financeiro	<b>Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RUE</b>	
Utilizando Protocolos de Classificação de Risco Criando Centrais de Regulação de Internação Facilitando o acesso dos pacientes aos serviços	<b>Melhorando a qualidade da atenção às urgências</b>	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

A **primeira categoria “Formulando a RUE”** revela aspectos relacionados ao início das discussões sobre a reformulação da PNAU e criação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Santa Catarina. Esta rede surge com o compromisso de reorganizar a assistência prestada aos casos de urgência e emergência, uma vez que o cenário desenhado até então não era compatível com uma assistência resolutiva e de qualidade.

Uma das dificuldades enfrentadas por algumas macrorregiões está em contemplar a RUE em toda a sua extensão territorial. O aparato tecnológico e assistencial de alta complexidade geralmente está

concentrado em municípios de grande porte, sendo assim, os municípios menores e que se encontram a uma distância geográfica considerável do município polo, acabam enfrentando um “vazio assistencial”. Ou seja, os pacientes precisam percorrer horas de viagem até chegar ao atendimento de alta complexidade. Sendo assim, o que resta aos municípios pequenos é ofertar um serviço de “ambulânciaterapia”, dispondo de transporte sanitário diariamente para levar e buscar os pacientes nos grandes centros.

Neste sentido, a RUE tem o importante papel de redistribuir os serviços levando em consideração todo o território geográfico. Porém, nem sempre essa discussão é tão fácil assim. Algumas macrorregiões não conseguiram redistribuir os pontos de atenção da RUE e os “vazios assistenciais” ainda se configuram como um problema a ser enfrentado por esta rede, principalmente em relação ao tempo resposta de atendimento.

*Se for pensar, antes de ser criada a Rede de Urgência e Emergência, funcionava de maneira um pouco anárquica, tinha e ainda tem aquela situação da “ambulânciaterapia”, que ainda funciona fortemente no Estado, levando paciente para cima e para baixo todos os dias (P01).*

*Eu do jeito que eu entendi, eu gostaria muito que na nossa macrorregião tivesse esses aparatos que tem nas grandes cidades, porque daí aquela população teria acesso, aquela população não precisava ficar descendo serra abaixo, subindo serra acima para ter uma assistência de urgência e emergência (P11).*

*[...] é um ponto da Rede de Urgência e Emergência, principalmente preencher os vazios assistenciais, que é uma característica muito forte da nossa região (P13).*

Em 2007, entendendo que a assistência das urgências e emergências não se configurava como um cenário positivo, iniciaram as discussões sobre a implementação de uma rede de serviços específicos para a urgência e emergência. O município de Joinville, por intermédio do gestor municipal, foi pioneiro na experiência com a RUE. Após

alguns meses de discussão percebeu-se a necessidade de expandir esta rede para a macrorregião Planalto Norte e Nordeste, já que houve entendimento de que não seria possível elaborar uma rede com apenas um município. Toda essa discussão foi amparada diretamente pelo Ministério da Saúde, e levou-se em consideração a experiência de implementação da RUE no Estado de Minas Gerais. A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina não incorporou o projeto de redes inicialmente, ficando esta articulação centrada na figura de um único servidor estadual.

*Nós começamos em Joinville, depois acho que não deu nem um ano, nós já fomos para a região norte e nordeste. Nós vimos que não iria dar certo somente em Joinville, não tinha como fazer rede (P08).*

*Como o município de Joinville ele é bem desenvolvido tanto nas Políticas Públicas quanto no caráter técnico, a gente consegue tomar decisões aqui e levar essa experiência para toda a macrorregião e a gente consegue fazer isso de uma forma macrorregional, a gente cria aqui o embrião e depois dissemina isso por toda a macrorregião, principalmente fluxo de encaminhamento de pacientes que é uma das maiores dificuldades da macrorregião quando se fala de Rede de Urgência e Emergência (P10).*

*Um técnico da secretaria (SES) se envolveu bastante na questão da urgência, então com um foco técnico conseguiu trabalhar todos os municípios, mas sem o respaldo tão grande ainda da SES (P05).*

*Era um interesse do Ministério da Saúde, não era um interesse do Estado de Santa Catarina, na medida em que esse discurso não era um discurso corrente dos líderes (P06).*

**A segunda categoria, “Colocando a RUE para funcionar”,** faz referência ao processo prático de implementação da RUE. O Estado de Santa Catarina foi dividido em oito macrorregiões para implementar



a RUE, sendo elas: Sul, Centro Oeste, Meio Oeste, Metropolitana da Grande Florianópolis, Vale do Rio Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Planalto Serrano e Planalto Norte e Nordeste.

Porém, a implementação desta rede não ocorreu de forma horizontal em todas as macrorregiões. Após cinco anos de discussão da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, o Ministério da Saúde brasileiro lançou oficialmente em 07 de julho de 2011 a Portaria n° 1.600 que instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todo território nacional. Somente após este momento é que as demais macrorregiões entram na discussão da RUE. Com o lançamento da Portaria, há uma cobrança por parte do MS para que o Estado de Santa Catarina assumisse este projeto, e é neste momento que a Secretaria Estadual de Saúde começa a se envolver de forma mais efetiva na articulação da RUE.

*E então o Estado entendeu que a organização deveria ser macrorregionalizada, então hoje, temos oito macrorregiões porque a macrorregião nordeste fica anexada junto com a macrorregião planalto norte (P02).*

*Nós iniciamos logo a partir do momento que foi publicada a Portaria das Redes de Atenção à Saúde, houve reuniões aqui na Secretaria de Estado da Saúde chamando as regiões para que a gente começasse a fazer as discussões do plano regional de Atenção (P16).*

Cada macrorregião de saúde organizou-se e criou seu grupo condutor macrorregional da RUE. Esse grupo apresentou como primeira tarefa elaborar o Plano de Ação Regional (PAR) para implementação dessa rede. O Planalto Norte e Nordeste construiu seu plano ao longo de todos os anos em que vinha discutindo a rede, porém as demais macrorregiões tiveram apenas trinta dias para se organizarem e elaborarem seu plano. Diante desse contexto, as discussões para elaboração do PAR na macrorregião Planalto Norte e Nordeste ocorreram de forma mais profunda e qualificada. As demais macrorregiões tiveram um tempo curto para discutir e construir seu plano de ação. Apesar destas intercorrências, os planos de ação são vistos como forte indutores da RUE no Estado.

*A gente sabe que a região ali de Joinville, quando iniciou essa discussão das redes, foi uma região que contemplou o projeto piloto de implantação da rede, principalmente da urgência e emergência, então eles já vinham nesse caminho desde 2007 e eu acho que realmente isso fez toda diferença. Se eles hoje estão em um determinado nível de superação de dificuldades, eu acho que teve o processo histórico que contribui para que eles realmente tivessem tempo para organizar isso, para amadurecer, para discutir essa questão dos fluxos, enfim, para encontrar caminhos para que a coisa desse certo (P17).*

*Uma coisa que levamos anos para construir, ela (SES) queria que as demais macrorregiões fizessem em poucos dias, então não dá para construir um processo de rede e querer chamar de burocrático, porque tem muita discussão, tem muito convencimento, tem muita negociação, são muitas idas e vindas, são interesses mil que temos nesse meio tempo, e se você não tem negociações isso não se dá de uma hora para a outra (P08).*

*Nós tivemos uma reunião em abril, com o ministério da saúde em 2013, e nessa proposta o Estado disse para nós que tínhamos 30 dias pra construir um plano de ação, já tinha data marcada para o ministério vir e nós tínhamos que apresentar esse plano (P19).*

**A terceira categoria, “Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RUE”,** refere-se às dificuldades vivenciadas durante o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Historicamente, a RUE em Santa Catarina passou por uma constante mudança de coordenação, chegando a ficar períodos sem coordenador. Essa troca impacta diretamente no processo de implementação da rede, uma vez que a cada nova coordenação perde-se um tempo resgatando o histórico até então desenvolvido. Outro entrave refere-se ao fato de muitas vezes o novo coordenador iniciar a gestão não levando em consideração o caminho percorrido até então,

modificando muitas vezes todo o processo que já havia se construído, ou seja, a cada nova gestão um novo rumo é dado à política. Esse fato se enaltece com as mudanças de gestão em intervalos curtos de tempo, uma vez que com tempo reduzido na coordenação o gestor planeja suas ações, porém não consegue colocá-las em prática. Esta dificuldade se estende também aos grupos condutores. Existe uma troca constante entre os membros deste grupo, dificultando o processo.

*É horrível, porque o outro gestor que vem perde o fio da meada e não há uma transferência, na secretaria é assim, amanhã você vai ser coordenadora, ali é a sua mesa e assim você vai descobrindo, geralmente é desse jeito. Digo por que tenho 36 anos de experiência em serviço público, se você não é uma pessoa com boa vontade, formação e interesse você fica perdida, até que você pega o fio da meada, se passam oportunidades, se passam tempo e se perde muita coisa do processo em andamento (P06).*

*Olha a gente está falando do Grupo Conductor da Rede de Urgência e Emergência, esses personagens eles praticamente trocam a todo o ano, isso é um problema político por que cada vez que troca uma gestão, trocam os representantes desse Grupo Conductor, então essa é uma grande dificuldade de quando os profissionais que estão lá como representantes eles começam a entender a Rede, eles são trocados, vem os novos e você acaba chegando sempre até o mesmo ponto e dali em diante você não vai. Você acaba que digamos “correndo atrás do rato” sempre (P10).*

*A gente ficou um ano e meio sem coordenador, então assim, para rede de urgência isso foi muito ruim, avaliando tecnicamente, a gente via que a rede estagnou, então grande parte do processo de não cumprimento do desenho que está posto no plano e daquilo que efetivamente está habilitado e qualificado não foi na velocidade que a gente tinha, grande parte se deu por causa dessa questão da troca constante de coordenação (P18).*

Além das trocas constantes de coordenação Estadual da RUE, outro entreve refere-se à influência política partidária exercida sobre a política que por vezes desvirtuam seu real objetivo. A decisão de implementar ou não determinada política parte muitas vezes do princípio “político” e não técnico.

O gestor de saúde configura-se muitas vezes como um cargo político partidário e possui maior poder de barganha e decisão sobre as ações que devem ou não ser implantadas em relação ao técnico ou especialista na área. Porém, o “político” toma as decisões muitas vezes levando apenas em consideração o fator financeiro (quantos recursos receberá por determinada ação) e não leva em consideração os mais diferentes aspectos que envolvem a implantação e implementação de uma política. Quem toma a decisão é o “político”, porém quem deverá colocar a política em prática é o “técnico”, o qual nem sempre recebe o apoio e suporte necessário para implantar determinada política. Essa situação, por vezes corrobora para que os serviços públicos recebam recursos financeiros para implantar determinada política, porém não conseguem implantá-la adequadamente.

*Meu Deus tem muita influência! Todos os dias, todos os dias. Tem um deputado aqui da região que não quer saber de redes. Nós discutimos que o hospital da cidade de onde ele era não iria ser habilitado para alta complexidade em ortopedia, ele passou por cima da gente, foi direto no governador, conseguiu o dinheiro, conseguiu habilitação, ele fazia assim, então isso era constante (P08).*

*Todos os dias, frequentemente a gente vê portas de urgência sofrendo com a eminência de desabilitação, isso é uma coisa inconcebível hoje, a gente espera justamente o contrário disso, temos um hospital em que o Ministério da Saúde quer desabilitar a porta de entrada e é um hospital que precisaria inclusive ampliar a sua porta. A gente vê leitos de UTI sendo construídos em cidades que não tem nem adensamento tecnológico, então a influência política é descarada no processo (P10).*

A influência política partidária impacta na RUE com a criação de serviços chamados de “Elefantes Brancos”. Implanta-se dispositivos (serviços), como hospitais, UTI, UPAs, sem levar em consideração sua real necessidade. Esses serviços são criados muitas vezes como forma de “pagamento” de uma promessa política partidária e não há uma discussão técnica sobre sua necessidade e funcionalidade, e mesmo quando a opinião técnica é ouvida muitas vezes não recebe valor estimado. A criação indevida desses serviços acaba se tornando um problema para o Sistema de Saúde, pois necessitará de custeio e não trará a resolutividade que se espera. Sendo assim, algumas regiões sofrem com a falta de um determinado serviço e este está geograficamente alojado em uma área que não consegue suprir a necessidade do sistema de saúde.

*Um exemplo clássico de uma intromissão política que atrapalha a rede de urgência é quando você instala um dispositivo, tal como uma grande UTI em um hospital pequeno de uma cidade pequena e em uma região pouco populosa, por conta de uma promessa política de um candidato, de um deputado, qualquer coisa assim. Então isso é um exemplo de uma intromissão política na área técnica da rede de urgência e emergência, que deturpa a rede, por uma vontade política se instala um dispositivo que vira um “elefante branco”, ele não se paga, ele gera um custo enorme à secretaria do Estado (P01).*

*Colocaram uma hemodinâmica no hospital que jamais vai ser habilitado em cardiologia, como forma de pressionar para gente habilitar, não tem condições para isso. Tem coisas que infelizmente a política acaba ultrapassando todas as nossas falas técnicas, então essa parte é complicado (P18).*

Além da influência política partidária, outro fator dificultador da RUE refere-se à centralização das ações no componente hospitalar. As linhas de financiamento para a RUE foram liberadas pelo Ministério da Saúde a partir do componente de Unidades de Pronto Atendimento, uma vez que a Atenção Básica tem financiamento específico. Outro fato que chama a atenção refere-se à coordenação estadual da RUE ser

responsável apenas pelo componente hospitalar, ficando Atenção Básica, SAMU e UPAS a cargo de outras gerencias e/ou coordenações.

Apesar de a Atenção Básica estar presente na portaria da RUE como um de seus componentes e ordenadora da rede, na prática sua integração ainda é incipiente. As macrorregiões enfrentam dificuldades em articular a RUE na Atenção Básica. Algumas iniciativas chegaram a ser tomadas, como a elaboração de um plano na macrorregião Planalto Norte e Nordeste para fortalecimento da AB, porém este foi deixado “na gaveta” e o que se observa é o foco da RUE no componente hospitalar. Algumas macrorregiões estão discutindo novamente esse impasse e trazendo a AB para participar dos grupos condutores da RUE. Esse cenário não é diferente na Secretaria Estadual de Saúde. Existe pouca articulação da AB com a coordenação da RUE, uma vez que se encontram em estruturas separadas e com diferentes coordenadores.

*Não conseguimos avançar para a Atenção Básica. Então ficamos nas portas de emergência e viu-se que daí precisava se discutir as redes de atenção com a proposta mesmo de o paciente ser atendido na porta certa na hora certa e no local certo (P15).*

*Basicamente aqui no estado a gente não faz esse desenho da Atenção Básica dentro da coordenação da rede de urgência, então quem é responsável aqui por desenhar, como que deve ser o atendimento da urgência e emergência na atenção básica que seria o atendimento pelo médico da família, das pequenas urgências, que podem ser atendidas no posto e tudo mais, não está na coordenação da RUE (P18).*

*Quando a rede veio para Joinville fizemos o plano de ação da Atenção Primária, primeiro plano era do fortalecimento da Atenção Primária e em seguida passamos a discutir a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, depois de um ano mais ou menos, então em 2007 a gente começou a discutir a Atenção Primária e em 2008 a gente passou a discutir a Rede de Urgência e Emergência e se fortaleceu na Rede de Urgência e Emergência meio que deixando a Atenção*

*Básica de lado, porque o plano de fortalecimento da Atenção Primária ficou guardado em uma gaveta (P12).*

Outro aspecto destacado pelos profissionais e gestores como entraves para implementação da RUE refere-se à visão capitalista que alguns prestadores de serviços têm em relação à rede. Alguns deles entram na rede com o único intuito de “ganhar dinheiro” e, por vezes, após receberem o recurso financeiro não cumprem as metas propostas.

*Os prestadores viram na rede uma forma de ganhar dinheiro, mas eles não mudaram a forma de trabalho, eles não sabem o que é a rede. Tem que mudar, então eu acho que essa foi a maior dificuldade (P01).*

*De repente também suscitou para os hospitais uma possibilidade de ganhar dinheiro, o hospital que tinha como referência emergência passavam a ganhar diferente, isso de repente assim abriu os olhos dos hospitais, todo mundo queria ser da RUE, sem inclusive às vezes preencher os critérios que se tinha em termos de distância, em termos de equipe que tinham que ter para receber o recurso, isso nos causou vários problemas (P06).*

A quarta categoria, “**Melhorando a qualidade da atenção às urgências**”, discute os ganhos oriundos com a criação de uma rede específica para as urgências e emergências. Apesar do processo de discussão e implementação da RUE em Santa Catarina ser permeado por dificuldades, observa-se avanços nos serviços de saúde e melhorias para a população.

A implantação de protocolos de Classificação de Risco nas portas de entrada da urgência e emergência foi considerada como um ponto positivo para o Sistema Único de Saúde. Os pacientes passam a ser classificados conforme seu grau de urgência e os casos graves tem prioridade de atendimento.

*Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de urgência e emergência também foi um grande ganho, porque antes o paciente era*

*atendido por ordem de chegada, já hoje ele é classificado e acolhido conforme prioridade. Acho que são os dois grandes ganhos que se pode dizer para o usuário, é a Regulação e é o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de entrada da urgência e emergência (P12).*

*Bom, o de melhor desde o início é que houve a colocação das placas na emergência da classificação de risco. Antes era o porteiro que dizia quem ia passar na frente e quem ia ser atendido primeiro, quem mais gritasse passava na frente, e hoje a gente trabalha realmente com risco, qual o maior risco. Acho que isso foi um ganho grande, e o melhor de tudo é a gente entender e perceber que a gente é referência para outros municípios e como que a gente precisa receber o paciente, sendo atendido mais rápido e no melhor lugar é o que a gente luta até hoje (P15).*

A macrorregião Planalto Norte e Nordeste utiliza para Classificação de Risco a metodologia proposta pelo Protocolo Manchester. Já para as demais macrorregiões, o Estado propôs a utilização de um Protocolo de Classificação de Risco elaborado pelo próprio Estado, porém este ainda não está validado.

*Aqui na Norte e Nordeste nós instituímos na Rede enquanto protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco o Protocolo de Manchester, é o único lugar do Estado que tem facilitadores para instituir o Protocolo de Manchester. As demais macrorregiões não usam o Manchester (P12).*

*O Estado de Santa Catarina resolveu criar o protocolo de classificação de risco de Santa Catarina, baseado no Caderno de Atenção Básica (P07).*

Outro avanço importante foi à criação das centrais de regulação de leitos de internação. Os serviços começam a ser regulados e assim a



ocupação dos leitos passa a ser distribuída de forma mais efetiva e rápida.

*Outra coisa que o Estado fez e que não dá para tirar o mérito, também começou aqui em Joinville e o pessoal acabou ampliando para o Estado todo, foram as Centrais de Regulação de Leitos de Urgência e Emergência, isso também foi uma coisa boa (08).*

*A regulação na Rede mudou o contexto porque a Regulação está agilizando os processos de saúde da população, então a discussão da Rede tem sentido com Regulação. Sem Regulação não tem sentido porque a Regulação prevê que coloque o paciente certo, no lugar certo, na hora certa e com qualidade, com responsabilidade que é isso que a Rede propõe. Então a Regulação foi o grande ganho para o usuário com a discussão da Rede. Essa foi uma evolução muito importante (P12).*

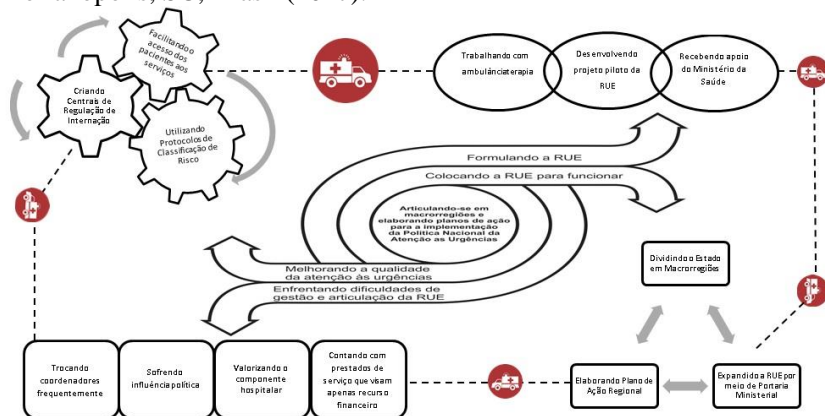
Toda essa discussão e as iniciativas de implementação da RUE no Estado de Santa Catarina promoveram melhorias aos serviços de saúde. Os usuários foram beneficiados com maior facilidade de acesso a esses serviços, independente se este reside em municípios de pequeno porte ou municípios polo.

*Houve melhoria nessa questão de acesso, por exemplo, eu preciso urgente levar um paciente de um município pequeno para um grande, aí há um acesso facilitado, começa a ter a implantação da Central de Regulação, então eu vejo melhoria com a implantação da Rede (P11).*

*Significa um acesso qualificado do munícipe aos serviços, significa que nós estamos utilizando melhor o nosso esculpo e escala, a nossa alta tecnologia, de maneira tal que, o munícipe possa entrar realmente no lugar certo no tempo certo (P13).*

A partir da articulação das categorias e subcategorias, aliada ao pensamento reflexivo do que aconteceu e/ou está acontecendo no contexto estudado, obteve-se o fenômeno: “Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências”. O diagrama a seguir representa a interação das categorias com o fenômeno.

**Figura 2** – Diagrama representativo do fenômeno e suas categorias. Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

## DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção as Urgências foi criada com objetivo de organizar os atendimentos de urgência e emergência no SUS. Em 2011, precisou ser reformulada para incorporar o conceito de atendimento em rede e instituiu a Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), amparada no conceito de integralidade e regionalização da saúde.

A integralidade é um princípio doutrinário do SUS, apresentando-se como alternativa para promoção de processos de mudanças necessários para a consolidação do sistema de saúde, como a fragmentação das ações. A garantia da integralidade não é uma tarefa fácil, e necessita de interconexões de diferentes setores, articulando-se em forma de rede para alcançar ações resolutivas em saúde (VIEGAS; PENNA, 2015).

O entendimento de que a integralidade é um princípio fundamental do sistema de saúde, não é uma discussão que atinge apenas o cenário Brasileiro. Pesquisa desenvolvida na Bulgária identificou que a articulação do cuidado em redes é essencial para centralizar o cuidado no paciente e não na doença. A fragmentação do sistema de saúde pode ser superada com boas relações de trabalho, papéis claros e as responsabilidades compartilhadas (STRUCKMANN et al., 2017).

Já a regionalização da saúde surge como sinônimo de compartilhamento solidário de responsabilidades dos gestores do SUS, com objetivo de reduzir as desigualdades de oferta de assistência à saúde, garantindo a equidade social. Dessa forma, a descentralização dos serviços de saúde é uma prerrogativa do SUS, englobando elementos essenciais de planejamento, organização e gestão da rede de atenção à saúde e os processos de negociação interfederativa e pactuação intergestores (FERNADES, 2017).

O serviço de “ambulâciaterapia”, ou seja, o deslocamento de pacientes a grandes centros para a realização do atendimento de saúde, o qual é justificado pelo vazio assistencial que algumas macrorregiões de saúde enfrentam, foi citado como um dos pontos levados em consideração para a implementação da RUE em Santa Catarina. De fato, a rede promove a criação de um itinerário sanitário racional e identitário, sem obstáculos burocráticos, com economia processual e temporal, além de racionalidade nos gastos. Para isso, os serviços devem ser dispostos em níveis de complexidade tecnológica, a qual se organiza por identidade genética de suas ações e serviços e permite satisfazer às necessidades da pessoa no cuidado com a sua saúde. Sendo assim, para se consolidar o transporte sanitário eficiente, é necessário que elementos essenciais sejam levados em consideração, como o planejamento integrado regional; os consensos interfederativos alcançados na comissão Intergestores Regional e Bipartite; os mapas da saúde; o sistema informatizado de dados sanitários, terapêuticos, diagnósticos, dentre outros (SANTOS, 2017).

O Estado de Santa Catarina vem implementando a RUE com foco na descentralização dos serviços de saúde. Para isso, dividiu o Estado em oito macrorregiões de saúde, sendo que para cada macrorregião foi estabelecido um grupo condutor para direcionar e acompanhar a implementação desta rede em nível local.

Essa lógica de descentralizar as ações de saúde traz a necessidade de não apenas planejar as atividades de saúde e implantar serviços, mas também olhar para a sua região, desenvolvendo um diagnóstico local, com base na sua realidade. Assim, tanto os municípios pequenos, quanto, os de grande porte deverão considerar as necessidades de saúde, com propósito de garantir o atendimento integral, de forma compartilhada, cooperativa e solidária (SANTOS, 2017).

O Grupo Condutor é definido pelo Ministério da Saúde como um espaço formal de discussão da RUE, com vistas à adequação do atendimento integral as urgências. Conforme as diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgência, esse grupo analisa cada etapa da implementação da RUE e propõe medidas necessárias para seu melhor funcionamento (BRASIL, 2011).

Com intuito de nortear a implementação da RUE no Estado, cada grupo condutor elaborou seu Plano de Ação. Eles foram construídos a partir de um diagnóstico local de saúde, constituído de mapa de saúde, desenho proposto da RUE e planejamento de implementação.

Na mesma linha dos achados desta pesquisa, Santos (2017) destaca em seu estudo que a forma organizativa do SUS em sua complexidade traz para os entes federativos municipais a necessidade de não apenas planejar as suas ações e serviços de saúde, mas também olhar para a sua região de saúde, conhecer os seus serviços, a população usuária, as realidades locais e regionais de saúde. Esse conhecimento que extrapola a visão local do município é importante para o planejamento da saúde local tendo em vista a região de saúde de abrangência.

Porém, apesar de todas as macrorregiões terem construídos seus Planos de Ação, o processo de implementação da RUE não ocorreu de maneira uniforme, apresentando-se contextos diferentes dentro do mesmo Estado. Da mesma maneira, uma pesquisa realizada com foco no componente de Serviço de Atendimento Móvel das Urgências (SAMU) também identificou que os serviços que prestam um suporte de referência para os atendimentos de urgência e emergência estão distribuídos de maneira desigual nas regiões de saúde do Estado de Santa Catarina, movidos sobretudo pela baixa integração e articulação da rede de urgência entre o atendimento pré-hospitalar móvel e a recepção do paciente na unidade de referência (ORTIGA et al, 2016).

Entre as dificuldades enfrentadas pelos diferentes grupos condutores para implementação da RUE em Santa Catarina, destacou-se a constante troca de coordenadores estaduais da RUE e membros dos grupos condutores, dificultando assim a condução e continuidade das ações. De maneira semelhante aos achados nesta pesquisa, um estudo produzido com objetivo de identificar os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores, destacou a alta rotatividade dos gestores, em especial na área pública. Esta troca constante de gestores está relacionada aos processos partidários e eleitorais, e provoca descontinuidade das ações e permanentes recomeços, o que gera desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI et al, 2014).

A descontinuidade das ações de saúde não se configura apenas como uma realidade na Política Nacional de Atenção as Urgências, tão pouco como uma realidade única do Estado de Santa Catarina. Essa descontinuidade político-administrativa configura-se como um cenário complexo no Brasil e integra ações de interrupção de projetos, de programas e obras, bem como de reavaliação de prioridades. Portanto, ela é oriunda de falhas provenientes de limitações gerenciais do governo local, configurando, como um problema de governança. Estas falhas gerenciais incidem negativamente sobre a gestão da política de saúde, limitando a implementação da mesma (MACHADO; COTTA; SOARES, 2015).

Além das dificuldades decorrentes da troca de gestão constante que leva à descontinuidade das ações, a influência política partidária que sobressai a prerrogativa técnica, também foi um nó crítico para implementação da RUE no Estado identificado na presente pesquisa. O olhar apenas político partidário, desconsiderando a visão técnica, levou a investimentos em equipamentos de saúde não resolutivos (“elefantes brancos”), gerando impacto financeiro negativo sobre a política de saúde.

Achados similares também estão descritos em um estudo que analisou diferentes políticas públicas numa perspectiva comparada. Este identificou que nas políticas voltadas a área da saúde, as escolhas trágicas surtem efeito negativo relevante na saúde da população. Ao se tomar decisões sobre investimento em saúde, que afetam diferentes grupos sociais ou grupos etários de forma distinta, torna-se necessário tomar decisões éticas, mesmo sabendo-se dos poderosos interesses econômicos que permeiam as discussões (FREY et al., 2017).

Outra dificuldade relatada pelos gestores e profissionais e que merece destaque diz respeito à falta de articulação dos diferentes componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências com a Atenção Básica. Situação semelhante também foi identificada no Estado de Minas Gerais, onde a Atenção Básica ainda é fragilizada e não assumiu seu papel enquanto porta de entrada para as redes de atenção à saúde (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015). Estudo sobre redes de atenção à saúde na região Amazônica também identificou que a Rede de Urgência enfrenta dificuldades para sua consolidação principalmente por se a primeira rede temática que está se implantando naquela região (CASANOVA et al., 2017).

Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada em unidades básicas de saúde com objetivo de problematizar processos de cuidado de saúde em rede. Os autores constaram que a Atenção Básica vem sendo indicada como porta de entrada do sistema de saúde, devendo esta encaminhar o usuário a um serviço especializado, porém esta relação entre atenção básica e especializada ainda é complexa e de difícil execução. Esse fato é justificado pelo conceito que se tem da AB, sendo percebida por profissionais e população como um serviço de menor complexidade e por isso desvalorizada (MAXIMINO et al., 2017).

As UPAs também enfrentam dificuldades de articulação com a Atenção Básica. Elas vêm atendendo uma demanda majoritariamente de baixo risco que seria melhor acolhida na AB, mas que acaba encontrando na UPA respostas mais imediatas (KONDER; O'DWYER, 2016).

Apesar das inúmeras dificuldades que a RUE vem enfrentando para sua consolidação, os gestores e profissionais percebem melhorias frutificadas pela implementação da RUE em Santa Catarina, entre elas, a implantação da classificação de risco nas portas de entrada hospitalares. Situação semelhante ocorreu no Estado de Minas Gerais, onde se implantou o protocolo Manchester de classificação de risco, sendo este considerado a base da RUE naquele Estado (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015). Outro ganho positivo refere-se à implantação das centrais de regulação de leitos hospitalares, promovendo melhor organização e otimização da rede.

Corroborando os resultados deste estudo, uma pesquisa desenvolvida sobre redes na região Amazônica, também constatou que a regulação foi um dos componentes da rede considerado fundamental

para sua organização (CASANOVA et al., 2017). Já uma pesquisa desenvolvida no Estado de Minas Gerias apontou que a RUE trouxe melhorias para o Sistema Único de Saúde, sobretudo em relação ao acesso e estrutura dos serviços. Tais fatores contribuíram para o aumento da resolutividade das ações de saúde e para a integração dos pontos de atenção (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Por fim, apesar da RUE não se apresentar em plena construção e funcionamento no Estado de Santa Catarina, avanços são considerados importantes e a população já pode usufruir de melhorias no acesso aos serviços de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo analisou a Política Nacional de Atenção as Urgências implementada no Estado de Santa Catarina. A proposta metodológica utilizada, adaptada ao referencial do ciclo de política, possibilitou analisar esta política de forma ampla. Nesse sentido, esta análise permitiu captar elementos implícitos em todo o processo de construção e implementação da política, mostrando-se potente para compreender as diferentes fases que uma política passa até sua implementação.

Sendo assim, esta pesquisa identificou que a Política Nacional de Atenção as Urgências, encontra-se em fase de implementação no Estado de Santa Catarina. Este processo deu-se início ainda em 2007, antes mesmo do Ministério da Saúde lançar oficialmente em 2011, a Rede de Atenção as Urgências e Emergências.

Apesar do Ministério da Saúde ofertar orientação e apoio local para a implementação desta rede em Santa Catarina, diversos são os percalços enfrentados para sua efetivação. Entre eles, destacam-se a frequente troca de gestores e dificuldade de articulação entre os componentes da rede. Neste sentido a integração sistêmica da RUE ainda se encontra em fase embrionária, estando a Atenção Básica muito longe de ser a ordenadora da rede. Apesar destas dificuldades, mesmo que ainda de forma tímida, melhorias são percebidas no cenário de atendimento as urgências, entre elas, implantação de protocolos de classificação de risco nas portas hospitalares, criação das centrais de regulação de internação e maior facilidade de acesso a população nos serviços de saúde.

Como limitação do estudo, apontam-se dificuldades inerentes às pesquisas qualitativas com uso da entrevista para coleta de dados. As

entrevistas possibilitam a compreensão do objetivo de estudo a partir do relato do participante, sem o fornecimento de dados sobre o que os sujeitos especificamente fazem. Destaca-se também a dificuldade em encontrar e selecionar os sujeitos entrevistados, que precisavam ter experiência acerca do fenômeno investigado. É preciso pontuar que as opiniões são particulares dos indivíduos entrevistados nesta pesquisa, não podendo, portanto, ser generalizadas para todo o universo de gestores e profissionais que participaram da implementação da Política em questão.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 2, p. 424-34, 2017.

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

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 08 jul. 2011. Seção I, p. 69, Col. 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 02 out 2017.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209-24, 2017.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311-20, 2017.

FREY, K. et al. Políticas públicas em perspectiva comparada: proposta de um framework para a análise de experiências locais. **Rev. Serv. Público**, v. 68, n. 1, p. 9-36, 2017.



KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 879-92, 2016.

LORENZETTI, J et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político- administrativa. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 159-70, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. et al. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 15-37, 2014.

MAXIMINO, V. S et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde Soc.** v. 26, n. 2, p. 435-47, 2017.

ORTIGA, A. M. B et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 32, p. 01-18, 2016.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 22, p. 1281-89, 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 3, n. 20, p. 1-8, 2016.

SOUZA, S. S; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n.6. p. 778-83, 2011.

STRUCKMANN, V. et al. Integrated Diabetes Care Delivered by Patients – A Case Study from Bulgaria. **International Journal of Integrated Care**, v. 17, n. 1, p. 1–6, 2017.

TORRES, S. F. S.; BELISARIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saude soc**, v. 24, n.1, p. 361-73, 2015.

VAISTMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L.V.C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 589-611, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, v. 19, v. 55, p. 1089-100, 2015.

### 5.3 MANUSCRITO 3 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

#### **PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

##### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo compreender as etapas do processo de implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no Estado de Santa Catarina. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa com o referencial teórico da Teoria Fundamentada nos Dados. A amostragem teórica do estudo foi composta por três grupos amostrais, perfazendo 20 participantes, entre profissionais e gestores de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas intensivas e codificadas a partir de codificação inicial e focalizada. Nos resultados, apresenta-se a categoria “Colocando a Rede de Atenção as Urgências e Emergências para funcionar” e quatro subcategorias: Desenvolvendo Projeto Piloto, Expandindo a RUE, Recebendo recurso financeiro e Reformulando a RUE. Identificou-se no estudo que a Rede de Atenção as Urgências e Emergências está em processo de implementação em Santa Catarina. O Estado foi dividido em oito macrorregiões de saúde, sendo o Planalto Norte e Nordeste pioneiro nesta discussão. Sendo assim, caminho prático para implementação desta rede seguiu alguns passos como, criação de um projeto piloto na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, expansão da Rede para as demais macrorregiões de saúde, investimento financeiro por parte do Ministério da Saúde e constante modificações no desenho da rede no Estado, a fim de promover uma rede efetiva.

**Descritores:** Política de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Gestão em Saúde.

##### **INTRODUÇÃO**

O cenário das urgências e emergências vem apresentando destaque nas discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no

Brasil, sobretudo pela significativa mudança no perfil de morbimortalidade da população, diminuindo as mortes por doenças transmissíveis e aumentando progressivamente as doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, os dados epidemiológicos indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase em violências e traumas, o que demanda maior procura por atendimento nos serviços de urgência e emergência (JORGE et al., 2014). Em contrapartida, estes serviços enfrentam dificuldades para atender a demanda cada vez maior de pacientes que superlotam os prontos socorros (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015), cenário este motivado, sobretudo, pela insuficiência de resposta da Atenção Básica (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O problema enfrentado no atendimento as urgências e emergências dentro do SUS não é uma realidade e tampouco uma preocupação recente. No ano de 2003, o MS Brasileiro lançou a Política Nacional de Atenção às Urgências em todo território Nacional. Esta política surge com o compromisso de organizar a atenção às urgências no país, com foco no componente pré-hospitalar (BRASIL, 2003). Oito anos após o lançamento desta política, o MS lança a Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), definindo os diversos componentes desta rede e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios para sua implementação.

Sendo assim, o MS ancorou-se na estratégia da prática efetiva do conceito de rede em saúde para reorganizar a demanda dos serviços de urgência e emergência, promovendo redução da superlotação desses serviços (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013). Para implementar a RUE, é fundamental superar o caráter formal das normas e das diretrizes instituídas desde a implantação do SUS, promovendo a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de saúde e de reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). Sendo assim, a RUE surge com o compromisso de prestar atendimento aos usuários com quadros agudos, através das portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Estes serviços devem ser organizados em redes regionais de atenção às urgências, garantindo a resolução integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011).

A RUE tem o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, articulando e integrando todos os equipamentos de saúde no SUS (JORGE et al, 2014).

Este novo modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, requer novas análises dos sistemas de saúde, sobretudo para possibilitar a compreensão dos processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seus efeitos (AMARAL; BOSI, 2017).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo compreender as etapas do processo de implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no Estado de Santa Catarina.

## **MÉTODODO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e com o método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016).

O Estado de Santa Catarina é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul do país. Em relação à Política Nacional de Atenção às Urgências, Santa Catarina vem se adequando às portarias e normas propostas pelo MS. Com a publicação da Portaria 1.600, que reformulou a Política Nacional de Atenção as Urgências e instituiu a Rede de Atenção as Urgências e Emergências em todo território nacional, o Estado vem se mobilizando para implementar a RUE nas suas oito macrorregiões de saúde.

Justifica-se a escolha do local de estudo, delimitando o Estado de Santa Catarina, por este estar entre as cinco Unidades de Federação do país completadas em toda sua extensão territorial pela RUE. Santa Catarina é o Estado com o maior número de portas hospitalares de urgência que receberam recursos para qualificação e o segundo Estado com maior número de novos leitos clínicos financiados no âmbito da RUE, ficando atrás apenas do Estado de São Paulo (BRASIL, 2014).

Para implementação da RUE, Santa Catarina foi dividida em oito macrorregiões, sendo elas: Sul, Centro Oeste, Meio Oeste, Metropolitana da Grande Florianópolis, Vale do Rio Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Planalto Serrano e Planalto Norte e Nordeste.

Conforme preconiza a metodologia da TFD, os participantes da pesquisa foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de uma amostragem teórica, que consiste na inclusão de

diferentes sujeitos para refinar e adensar as categorias que surgem ao longo do estudo (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016). Para a amostragem teórica do estudo, foram compostos três grupos amostrais perfazendo um total de 20 participantes, definidos a partir da circularidade dos dados e no método comparativo constante.

O primeiro grupo amostral foi composto por oito (P1-P8) profissionais que participam e/ou participaram da gestão da PNAU a nível Estadual e Nacional. Sendo três enfermeiros, três médicos, um fisioterapeuta e um administrador. Eles tinham idade média de 45 anos e atuam na gestão da PNAU em média de três anos. Optou-se em iniciar junto aos gestores levando em consideração a sua participação direta no processo de formulação e implantação das políticas públicas.

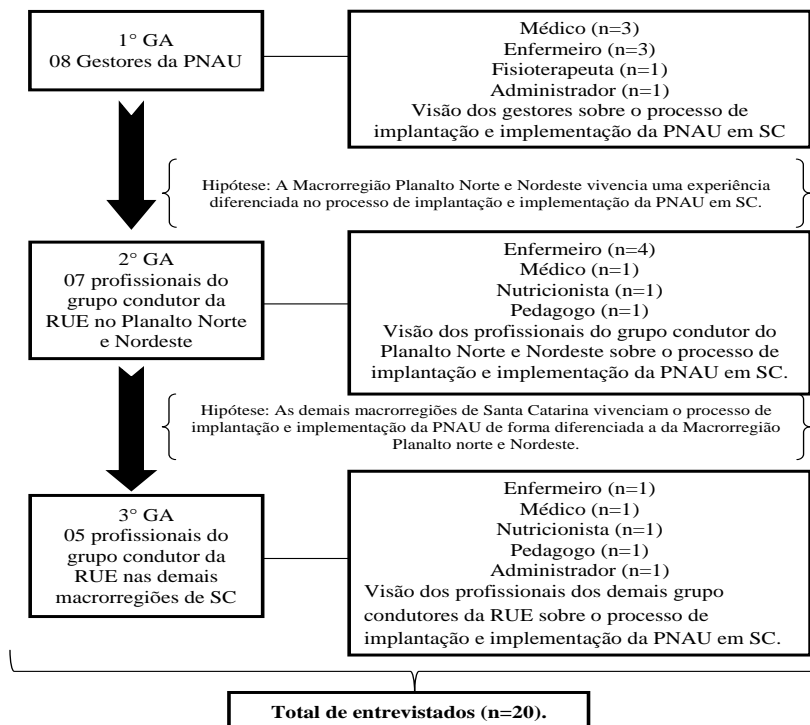
À medida que as entrevistas aconteciam e as respectivas análises desse grupo amostral avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes em algumas entrevistas, entre eles, a iniciação de um projeto piloto da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste de Santa Catarina, antes mesmo do lançamento da portaria em 2011. Esse fator desencadeou a formação do segundo grupo amostral, composto por sete (P09 – P15) profissionais que atuam e/ou atuaram no grupo condutor da RUE naquela macrorregião, sendo: quatro enfermeiros, um médico, um nutricionista e um pedagogo. Eles tinham idade média de 41 anos e atuaram no grupo condutor em média 4 anos.

No decorrer da análise destas entrevistas, identificou-se de forma relevante que a implementação da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC não seguiram a mesma lógica e organização do projeto piloto da macrorregião Planalto Norte e Nordeste. A partir disso, foi constituído o terceiro grupo amostral composto por cinco (P16-P20) profissionais que atuam e/ou atuaram nos grupos condutores da RUE nas demais macrorregiões de saúde de SC, sendo: um profissional das seguintes categorias: médico, enfermeiro, nutricionista, administrador e pedagogo. A idade média desse grupo foi 40 anos, com atuação no grupo condutor em média de 3 anos.

Foi considerado como critério de inclusão para os três grupos amostrais: a experiência profissional no processo de formulação e implementação da PNAU no Estado de Santa Catarina. A seleção dos participantes deu-se pelo método de “Bola de Neve”. Dessa forma, por meio da análise dos documentos oficiais da PNAU em Santa Catarina selecionou-se o primeiro informante chave e este indicou outro

participante e assim sucessivamente. O fluxograma apresentado na Figura 1 ilustra o processo de seleção dos participantes da pesquisa.

**Figura 1** – Fluxograma de seleção dos entrevistados. Florianópolis, SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

A coleta dos dados ocorreu nos meses de julho de 2016 a agosto de 2017, por meio de entrevista intensiva (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al., 2016), as quais foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas individualmente nos locais de preferência dos participantes ou via Skype. Estas seguiram um roteiro com questões abertas relacionadas ao processo de formulação e implementação da PNAU em Santa Catarina. Ressalta-se que foi realizado um pré-teste com um profissional que

atuou como gestor na PNAU em Santa Catarina, a fim de validar o roteiro de coleta de dados.

Para o primeiro GA, as perguntas versaram sobre a percepção do cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU, processo de formulação e implementação desta política no Estado, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. Já o segundo GA, as questões versavam sobre a experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na macrorregião planalto Norte e Nordeste, processo de formulação e implementação desta política na macrorregião planalto Norte e Nordeste, dificuldades enfrentadas durante este processo e melhorias percebidas após a implantação da PNAU. O terceiro grupo amostral respondeu questões relacionadas à experiência profissional na PNAU, o contexto que antecedeu as discussões sobre a PNAU na sua macrorregião, processo de formulação e implementação desta política na sua macrorregião, dificuldades vivenciadas durante o processo e melhorias percebidas com a implantação da PNAU.

A duração média das entrevistas foi de 50 minutos. Elas foram transcritas na íntegra através Microsoft Office Word® e geraram aproximadamente 240 páginas transcritas. Além das entrevistas, conforme preconiza o método TFD, foram elaborados 18 memorandos e 6 diagramas, os quais também serviram de material para análise dos dados.

Para a análise dos dados, foram utilizadas duas etapas de codificação: inicial e focalizada. A codificação inicial consiste na divisão e denominação de cada segmento de dado em códigos que expressam os significados presentes nas falas dos entrevistados. Na codificação focalizada, os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram classificados, integrados, sintetizados e organizados em subcategorias e categorias até a obtenção do fenômeno ou da categoria central da pesquisa. O fenômeno configura-se como a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas (SANTOS et al., 2016). Para organizar e categorizar os dados, foi utilizado o software NVIVO®10.

O referencial teórico para análise dos dados foi Ciclo de Política. Conforme essa perspectiva teórica, a materialização de uma política pública passa por alguns momentos de maturação. A modelização do processo de elaboração de uma política é denominada



de ciclo da política (*policy cycle*). Este ciclo é dividido em cinco momentos sucessivos, interligados e dinâmicos: identificação de problemas; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO 2013).

A partir do processo analítico empreendido, obteve-se o fenômeno: “Articulando-se em macrorregiões e elaborando planos de ação para a implementação da Política Nacional da Atenção as Urgências”, o qual é sustentado por quatro categorias: Formulando a RUE; Colocando a RUE para funcionar; Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RUE e Melhorando a qualidade da atenção às urgências. Neste estudo, focaliza-se a descrição da categoria “Colocando a RUE para funcionar”, realizando uma reanálise dos dados que representam especificamente as etapas do processo de implementação da RUE em SC.

Para construir uma TFD faz-se necessário reduzir dados a conceitos, que devem explicar de forma geral o que está acontecendo. Para isso, esta teoria deve atender a quatro critérios que julgarão sua aplicabilidade: ajuste, compreensão, generalização teórica e controle. Para validar a aplicabilidade dos dados, neste estudo foram considerados os três primeiros critérios, sendo, ajuste, compreensão e generalização teórica (SOUZA; SILVA, 2011).

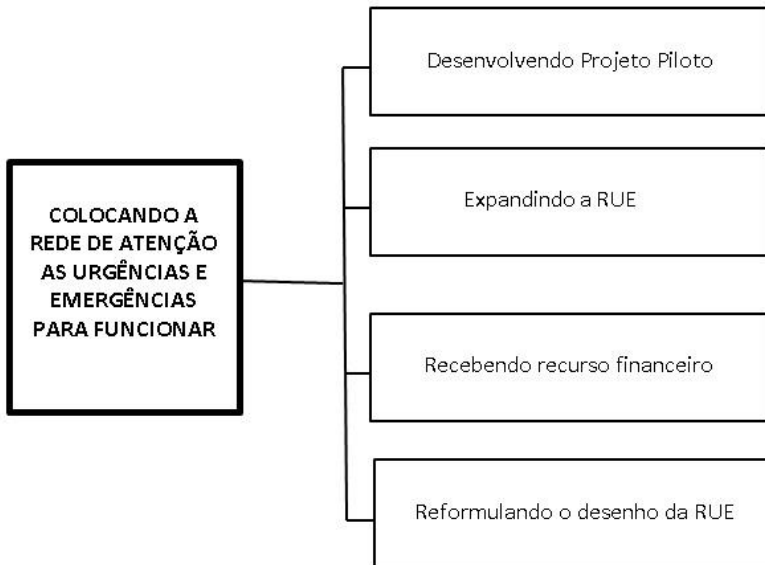
O mesmo foi encaminhado por e-mail para três profissionais com experiência na utilização do método TFD e dois profissionais com experiência na Política Nacional de Atenção as Urgências. Após reuniu-se pessoalmente com os validadores para discutir modificações necessárias no modelo. A partir da validação, surgiram contribuições quanto ao nome de algumas categorias, as quais foram acolhidas, determinando a configuração final do modelo teórico conceitual processual.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme consta na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 1.599.440. As entrevistas foram consentidas pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação dos objetivos e do método do estudo. Os depoimentos obtidos foram identificados com a letra “P” (profissionais) associadas a números conforme ordem das entrevistas.

## RESULTADOS

A categoria e suas subcategorias emergiram da análise dos dados e estão apresentadas na Figura 2. A seguir, descreve-se cada uma das subcategorias.

**Figura 2** – Categorias e subcategorias do estudo. Florianópolis. SC, Brasil (2017).



**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

A **primeira subcategoria “Desenvolvendo Projeto Piloto”** revela aspectos sobre o início da implementação da RUE em Santa Catarina. A implementação da RUE iniciou em 2007, na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, mais especificamente no município de Joinville. A decisão em se iniciar por Joinville se deu por vontade do então gestor municipal. Sendo assim, as discussões iniciaram e avançaram progressivamente nesta macrorregião, porém quando o MS liberou recurso financeiro para investir na RUE, a macrorregião contemplada foi a metropolitana da Grande Florianópolis. Este fato gerou descontentamento por parte dos profissionais da Macrorregião

Planalto Norte e Nordeste, pois já estavam trabalhando na formulação da RUE.

*Joinville foi piloto nacional para a RUE. Nós começamos o processo de instituição da Rede de Urgência e Emergência muito antes do Ministério da Saúde lançar a Portaria de Redes (P07).*

*O recurso veio através do QualiSus Redes e o caminho certo era Joinville ser o piloto, por que eles já vinham com um projeto pronto, e o que aconteceu? O ministério fez uma planilha de critérios para ver qual era a região metropolitana que entraria seria contemplada e a Grande Florianópolis ficou na frente de Joinville, primeiro por que eles têm 100% de atenção primária e Joinville tinha cobertura de estratégia de saúde da família em torno de 30% (P01).*

*Para mim o ponto fundamental que eu acho que até gerou uma desmotivação, foi a questão de quando vem recurso e o Ministério decide que vai para a Grande Florianópolis, ali foi assim “jogar um balde água” na gente (macrorregião Planalto Norte e Nordeste) (P11).*

O processo de discussão da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, aconteceu por meio de capacitações e oficinas ofertadas pelo Ministério da Saúde, sendo este considerado o grande impulsionador da rede. Todo este aprendizado e apoio que a macrorregião Planalto Norte e Nordeste vivenciou, possibilitou a construção de um plano de ação mais robusto e compatível com sua real necessidade de saúde.

*“Modéstia à parte, essa região (planalto Norte e Nordeste) construiu uma história que eu acho que foi utilizada pelo Ministério da Saúde como referencial para a construção das portarias. Quem viveu essa história sabe a importância que essa experiência aqui da macrorregião Norte e Nordeste teve para o Ministério da Saúde. Eles*

*olharam e deram uma atenção muito grande para nós” (P08).*

*Ela (planalto Norte e Nordeste) está em um estágio mais avançado porque iniciou primeiro, então isso é um fato que é inerente a função, desde 2007, trabalhando em rede de urgência, com discurso dos hospitais, dos municípios dando esse diálogo, com mesas de negociação, com discussão ampliada, tudo trabalhando a rede, então lá (Planalto Norte e Nordeste) de fato a efetivação da rede se deu de uma forma diferenciada (P18).*

*A discussão do planalto norte e nordeste sempre é uma discussão mais qualificada, porque eles tiveram essa experiência de fazer o plano participativamente e tiveram várias oficinas pra construir e entender o projeto. Nas outras regiões, eles fizeram o projeto, com aquele conhecimento que eles conseguiram captar de forma muito rápida, então a discussão é sempre mais rica com o grupo do norte e do nordeste por causa disso, então o projeto do norte e nordeste ele influencia a formulação no Estado (P01).*

A **segunda subcategoria “Expandindo a RUE”** refere-se ao momento em que a rede é expandida e discutida em todas as macrorregiões de Santa Catarina.

Após cinco anos de discussão e formulação da RUE na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, o Ministério da Saúde decide oficializar a RUE por meio da Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011. Esta portaria foi lançada com base na experiência vivenciada na macrorregião Planalto Norte e Nordeste de SC e no Estado de Minas Geras, e surge com o compromisso de reformular a Política Nacional de Atenção as Urgências, lançando em nível nacional a Rede de Atenção as Urgências e Emergências.

*A Portaria da RUE foi lançada em 2011, e se embasou na experiência da Norte e Nordeste e também da experiência que Minas Gerais trouxe sobre redes (P03).*

*O planalto Norte e Nordeste tem papel fundamental para a construção das redes, foi esta experiência que levou o MS a lançar a portaria oficialmente (P06).*

O Estado de Santa Catarina dividiu-se em oito macrorregiões para implementação da RUE, sendo elas: Sul, Centro Oeste, Meio Oeste, Metropolitana da Grande Florianópolis, Vale do Rio Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Planalto Serrano e Planalto Norte e Nordeste. A discussão iniciou-se pela macrorregião Planalto Norte e Nordeste, expandindo-se após o lançamento da portaria para a Metropolitana da Grande Florianópolis e assim por diante até contemplar todas as demais macrorregiões.

Porém, o processo de implementação da RUE não ocorreu de maneira hegemônica em todas as macrorregiões. A macrorregião Planalto Norte e Nordeste construiu sua rede ao longo dos cinco anos de discussão, já as demais macrorregiões tiveram apenas trinta dias para tomar conhecimento sobre o conceito de redes e construir um plano de ação para implementação.

*Nós iniciamos logo a partir do momento que foi publicada a Portaria das Redes de Atenção à Saúde. Após, houve também reuniões aqui na Secretaria de Estado da Saúde chamando as macrorregiões para que a gente começasse a fazer as discussões do plano regional de Ação (P16).*

*Nós fomos chamados em Florianópolis e a Secretaria Estadual de Saúde nos passou que teríamos trinta dias para construir o plano de ação para implantação da RUE. Confesso que isso foi uma surpresa, pois não conhecíamos nada de rede (P15).*

A necessidade de elaborar um Plano de Ação Regional para a Rede de Atenção às Urgências em curto prazo, prevaleceu em algumas macrorregiões a construção de Planos incompatíveis com a real necessidade. Porém, este fato não é unânime e apesar do curto tempo para incorporação do conceito de trabalho em redes, algumas

macrorregiões conseguiram, ainda assim, construir Planos de Ação efetivos e que atenderam a necessidade da população. Este fato foi justificado pela característica perseverante e de liderança exercida pelos membros do grupo condutor.

*Eu vejo também que hoje no Estado as coisas vêm sendo executadas dependendo das pessoas que estão nos cargos, porque nós não temos uma autoridade de gestão suficiente ainda para garantir que apesar do superintendente a coisa caminhe, depende de quem está lá. Eu que tenho um olhar técnico, uma preocupação para coisa caminhar então na minha gestão vai caminhar, se eu saio independentemente de quem vier para meu lugar para tudo, então a gente é muito vulnerável nisso, o Estado não conseguiu estruturar e talvez a gente demore anos ainda pra isso, de as coisas caminharem apesar de quem esteja a frente dos cargos(P18).*

*[...], são pessoas, a gente sempre diz que a Rede é feita de pessoas, tem pessoas que fazem com que a Rede caminhe, e por onde quer que a gente vá, a gente dá essa continuidade, então essa é uma importância que a gente tem das pessoas que dão andamento na discussão, e se você não tiver pessoas articuladas e com vontade de fazer diferença você não vai ter evolução (P12).*

Durante a elaboração dos Planos de Ação Regional para implementação da RUE em Santa Catarina, houve a necessidade de se realizar um diagnóstico de saúde de cada macrorregião. Essa ação por si só foi considerado um avanço para o sistema de saúde.

*E aí foi feito uma pesquisa bem profunda, os municípios responderam um material de estruturação mesmo, para montar um mapa de serviços, do que poderia apoiar essa Rede (14).*

*Então a gente passou a fazer um levantamento de todos os hospitais, quantitativos de leitos e os serviços que ele oferecia [...] a gente verificou*

*que tínhamos menos que 4% de leitos de UTI na região, nós tínhamos muitos leitos, porém muitos leitos ociosos. Diante disso a gente tentou fazer uma lógica de tempo resposta, distancia de um ponto de atenção até outro, qual população ele atendia(P19).*

Durante elaboração dos Planos de Ação Regional, os grupos condutores desenharam os componentes da RUE conforme necessidade de cada macrorregião. Entre os componentes desenhados estão as Portas de Entrada para urgência e emergência, leitos de retaguarda clínica, cuidados prolongados e UTI adulto e pediátrica. Ainda no componente hospitalar também foi definido as linhas de cuidado, sendo elas: Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Linha de Cuidado do Trauma. Apesar das Linhas de Cuidado estar presente na portaria da RUE como um importante dispositivo para efetivação desta rede, o que se observa na prática é uma linha de cuidado frágil e pouco articulada.

*O que observamos é que quando você não tem uma linha de cuidado implantada, tem apenas, por exemplo, na nossa rede de hospitais que são referência em cardiologia, outro que é referência em trauma, hospital que é referência em neuro, por exemplo, e aí a linha de cuidado ela prevê que o paciente deve ser direcionado para o hospital certo, em tempo hábil para tratamento. Quando você identifica por exemplo uma Síndrome Coronariana Aguda este paciente deve ser removido o mais rápido possível para o Instituto de Cardiologia, e aí quando não temos a linha de cuidado, o próprio SAMU entrega na primeira porta que tem pela frente (P08).*

*Sem linha de cuidado efetiva você perde o tempo, e nessa perda de tempo você pode agravar muito o problema do paciente, e você pode inclusive levar o paciente a óbito, ou deixar ele permanentemente “sequelado” por conta disso (P03).*

Outro componente desenhado na RUE são as Salas de Estabilização. Apesar destas serem consideradas pelos grupos condutores como importante componente para a efetivação da rede, não se concretizaram. O Ministério da Saúde recuou neste componente e decidiu não colocar este serviço para funcionar.

*Não, o MS disse que as experiências feitas das salas de estabilização não tiveram boas avaliações, então o MS recuou a portaria, ele não chegou a retirar, ele recuou. “[...] para nós, quando você fala de sala de estabilização, é um ponto importante e um incremento financeiro bom para esses pontos, porque a gente sabe que nós temos pontos que estão à 30, 40 quilômetros da porta de entrada e nesses pontos passam várias SC ou BR. O paciente acidentado não vai vir para o hospital de grande porte, ele vai para a primeira porta que aparecer, e se essa porta tiver esse aporte de estabilizar ou dar o primeiro atendimento para o paciente seria muito bom, na nossa região é importantíssimo (P19).*

*Tivemos uma questão também complicada, que foi retirado as salas de estabilização pelo Ministério da Saúde do plano da rede de urgência e emergência, este foi um ponto que ficou faltando na rede (P17).*

Outro componente da RUE considerado importante e que enfrenta dificuldades são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O recurso financeiro enviando pelo MS para este serviço não cobre suas despesas e os municípios sede acabam precisando arcar com boa parte dos custos deste serviço. Este fato está levando alguns gestores a descredenciarem Unidades de Pronto Atendimento.

*Em relação as UPAS houve modificação, por que nós havíamos colocado em 2013, no plano da rede, uma UPA para cada região de saúde. Algumas regiões retiraram a solicitação, por que eles haviam feito um orçamento inicial da rede e fizeram uma dotação orçamentária e verificaram que o valor que o MS havia prometido em*



*repassar, não daria nem para a construção da parte física da UPA, então acabou desistindo da questão da UPA no decorrer desse caminho, e entre 2013 a 2015, retirou a proposta do plano (P17).*

*Todas as nossas UPAs vão fechar. Todos os municípios vão devolver dinheiro, ninguém vai abrir, tem 5 desenhadas, 1 funcionando. O custeio da UPA ele é baixo, perto da sua complexidade. A UPA tem que ter 2 médicos 24 horas, classificação de risco, retaguarda de exame e o dinheiro que vem do MS é insuficiente para manter o serviço(P19).*

Além das dificuldades encontradas para efetivação das linhas de cuidado, salas de estabilização e Unidades de Pronto Atendimento, os leitos de retaguarda clínica também enfrentam dificuldades de ocupação. Esses leitos servem para dar retaguarda e “desafogar” os hospitais portas de entrada. Porém há resistência de alguns profissionais médicos em liberar seus pacientes para dar continuidade do tratamento em outro hospital de menor porte. Outra dificuldade se refere a baixa aceitação dos paciente e familiares em serem transferidos para hospitais menores e continuarem o tratamento com outro profissional.

*Nós ainda temos uma dificuldade muito grande de efetivar a rede. Aquela questão de desconcentração de pacientes que hoje estão em hospitais grandes para ir à hospitais menores. Isso culturalmente ainda não incorporou, existe ainda no hospital maior, a dificuldade dos médicos e da equipe compreender que o melhor lugar para paciente não é ali e sim no outro hospital com leitos de retaguarda clínica. Então falta confiança de que no outro hospital menor tem qualidade também (P18).*

*Temos dificuldades em organizar ainda o fluxo de atendimento, alguns hospitais não estão querendo usar os pontos da rede, tipo hospital porta de entrada, nós temos um que não quer, ainda, usar os leitos de retaguarda para desafogar sua porta*

*porque tem toda uma questão do entendimento médico, da questão da clínica, então nós temos várias dificuldades ainda que estamos tentando superar(P17).*

A terceira subcategoria **“Recebendo recurso financeiro”** refere-se ao financiamento injetado pelo MS para efetivação da RUE. Os recursos disponíveis para a rede de atenção às urgências estão divididos em custeio e investimento. As macrorregiões receberam apenas incentivo para custeio dos componentes da rede, sendo que recursos para investimento ainda não foram disponibilizados.

*Se for falar sobre a Portaria, que diz lá que você sendo porta de entrada, você vai receber um recurso para ampliação e reforma, isso não aconteceu, o Ministério da saúde não repassou. Então o Ministério vem repassando somente o custeio da porta de entrada. O custeio da qualificação do leito que ele habilitou. Então, a gente viu que os hospitais menores que poderiam estar fazendo parte maior neste processo da RUE, referente aos leitos de retaguarda ou leitos de longa permanência, fazendo com que o hospital maior tenha mais rotatividade de leitos, e para fazer isso ele teria que ter o recurso para ampliar, isso dificulta. Dificultou porque o Ministério não repassou (P16).*

*E uma outra coisa que ficou muito ruim para nós, é que se você ler a portaria 2395, o ministério diz que estaria fazendo investimento nas portas de entrada, nos leitos de UTI novos, de até 3 milhões nas portas, não veio nenhum centavo, cada leito de UTI novo construído, 100mil reais, não veio um centavo, os hospitais estão atrás de patrocínio, de empresários para que a gente pudesse melhorar, o que veio foi recurso para custeio(P14).*

A falta de investimento financeiro na RUE foi considerada um fator dificultador importante para evolução na rede no Estado. O Ministério da Saúde lançou diferentes portarias que contemplam

investimentos financeiros nos diversos componentes a RUE, porém justificando pela atual crise financeira que o país se encontra, este investimento não aconteceu na proporção que foi estabelecida nas portarias.

*Eu analiso muito isso assim, antes da RUE e depois da RUE, eu acho que o que faltou foi o aporte financeiro que o Governo ficou de dar, e então nós entramos em uma crise, o Estado não teve recurso para aportar como deveria (P04).*

*Nós não recebemos os recursos que foram propostos e isso desamina e dificulta o processo de implantação da rede. Você planeja, planeja e não hora de colocar em prática não tem dinheiro suficiente(P03).*

**A quarta subcategoria “Reformulando o desenho da RUE”** refere-se à necessidade de revisar as informações e o desenho proposto nos planos de ação pelas macrorregiões.

*Como os planos de ação foram feitos tudo as pressas, tem a necessidade de nós sentarmos novamente e olhar este plano e mudar o que for preciso, para então ter um desenho mais compatível com a nossa necessidade (P16).*

*Nós já mudamos o desenho da rede duas vezes, inclusive ano passado (2016) o Ministério da Saúde lançou uma Nota Técnica 404, com o novo desenho da RUE no Estado (P14).*

O Ministério da Saúde em conjunto com a SES e os grupos condutores realizam monitoramento da rede nas macrorregiões. Trata-se de uma avaliação para saber se a rede está sendo implementada conforme os parâmetros das portarias e recurso financeiro liberado.

*Acontece o monitoramento que é tripartite, tem a participação dos técnicos do Estado, do município, do Ministério e a participação da equipe gestora da unidade (P05).*

*A gente teve um monitoramento do Ministério da Saúde. Neste monitoramento, a gente passou com um representante do Ministério, um do Estado, um do grupo condutor e gestores locais, nos pontos da rede de urgência, alguns tiveram algumas coisas para melhorar, para dar resposta e isso a gente vai adequando no desenho da RUE (P19).*

Com estes monitoramentos percebe-se a necessidade de se reformular o desenho da RUE constantemente, contractualizando mais prestadores e desabilitando os que não estão cumprindo seu efetivo papel na rede.

*É uma construção diária, é preciso estar prestando atenção nas mudanças que são necessárias para a RUE funcionar (P07).*

*Nós vamos mudando conforme percebemos a necessidade de se adequar, a rede não pode ficar estagnada, conforme vão surgindo necessidades precisamos nos readequar (P02).*

## **DISCUSSÃO**

A atenção a Urgência e Emergência é um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde e demanda dos gestores a organização desta, garantindo um atendimento humanizado e integral conforme preconiza o Ministério da Saúde.

A implantação da RUE/SC ocorreu de acordo com o entendimento de Mendes (2011), onde as redes de atenção à saúde são formuladas através de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Assim como ocorreu em Santa Catarina, o Estado de Minas Gerais também iniciou a implantação da RUE antes do lançamento oficial da portaria que instituiu essa rede em todo território nacional. Observa-se também que o processo de sensibilização e divulgação da RUE/SC seguiu os passos da experiência de Minas Gerais, utilizando-se de oficinas e capacitações, ofertadas aos gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, entre outros, para disseminar o conceito de rede (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Durante todo este processo de discussão e implantação da RUE/SC, o Ministério da Saúde foi considerado o forte indutor desta rede. O apoio do Ministério da Saúde para implantação da RUE está amparado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, além de promoverem melhora dos resultados sanitários e econômicos do SUS (MENDES, 2013).

O Ministério da Saúde utilizou-se de uma macrorregião (Planalto Norte e Nordeste) para servir como piloto na experiência com a RUE/SC, e após a publicação da portaria oficial (Portaria 1600) que instituiu a RUE em todo território Nacional incentivou sua expansão para demais macrorregiões de saúde de Santa Catarina.

A ideia de Rede está presente fortemente no plano de governo dos quatro últimos mandatos presidenciais legitimamente eleitos, e é esta nova lógica de organização dos serviços de saúde que orientam a consolidação do processo de Regionalização da Saúde (FERNANDES, 2017). Sendo assim, prestar atendimento em rede requer assegurar que as necessidades de saúde dos cidadãos devem ser satisfeitas na rede da região ou entre regiões. A região de saúde nada mais é do que recortes territoriais que unem municípios para ganhar escala e densidade tecnológica suficientes para garantir a integralidade da atenção à saúde, o que a torna essencial para a conformação do SUS (SANTOS, 2017).

Porém, este processo de expansão da RUE em Santa Catarina não ocorreu de maneira uniforme em todas as macrorregiões, prevalecendo diferentes cenários nas diferentes macrorregiões de saúde. Entretanto, esta não é apenas uma realidade de Santa Catarina, situação semelhante ocorreu no Estado de Minas Gerais ao implantar a RUE. Observa-se também naquele Estado um desequilíbrio na rede assistencial entre as diferentes regiões de saúde, apresentado graus diferenciados de organização dos serviços de saúde (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Concordando com os achados nesta pesquisa, Ortega et al (2016), também identificaram em seu estudo, que a rede que serve de referência para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é distribuída de forma desigual nas regiões do Estado de Santa Catarina, necessitando de melhor integração e articulação entre o SAMU e os demais pontos de atenção da rede.

Um instrumento utilizado para implementação da RUE em Santa Catarina foi a criação dos Planos de Ação em cada macrorregião.

No mesmo caminho no Estado do Amazonas, as redes de atenção à saúde também iniciaram sua implantação com a construção de planos de ação regional, sendo estes criados a partir da elaboração de mapas de saúde que objetivaram identificar as principais lacunas e dificuldades para funcionamento das redes (CASANOVA et al., 2017).

Estes Planos de Ação foram destacados como importante instrumento, não apenas por nortear a implantação da RUE no Estado, mas também por possibilitar a elaboração de um diagnóstico de saúde macrorregional. Sendo assim, corroborando com os achados desta pesquisa, Casanova et al (2017) também identificaram ao analisar potencialidades, limites e desafios da governança regional no processo de implantação de redes de atenção à saúde, que o diagnóstico situacional foi considerado uma etapa importante, pois possibilita a descoberta dos principais entraves, sobretudo na identificação dos vazios assistenciais existentes e o estabelecimento de objetivos regionais.

Além de descrever o diagnóstico local, os planos de ação contam com a descrição das linhas de cuidados propostas pelo Ministério da Saúde para implantação da RUE.

As linhas de Cuidado propostas para implantação da RUE são: Linhas de Cuidado do IAM, AVC e Trauma. A decisão em focar nestas linhas de cuidado está relacionada ao perfil epidemiológico do Brasil com acelerada progressão de mortes por causas externas, sobretudo violências e traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Aliado a este cenário tem-se também um crescente diagnóstico de doenças não transmissíveis, destacando-se os óbitos por IAM e AVC. Este cenário demanda uma nova conformação do sistema com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e suas respectivas necessidades de saúde (JORGE et al., 2014). Alguns Estados da região Amazônica além de aderirem as linhas de cuidado propostas pelo MS também definiram linhas de cuidado específicas para a organização de redes, de acordo com seus próprios interesses (CASANOVA et al., 2017).

Além das Linhas de Cuidados, os Planos de Ação para implantação da RUE/SC, contam com o desenho de todos os componentes desta rede. Alguns deles como Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento e Leitos de Retaguarda Clínica, apesar de se configurarem como instrumentos essenciais para efetivação da rede, vem enfrentando dificuldades para se concretizarem.

As Salas de Estabilização foram definidas pelo próprio Ministério da Saúde, como equipamento que prestariam atendimento de urgência e emergência em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, caracterizado como vazio assistencial, com intuito de ofertar uma assistência segura e oportuna de forma articulada, regionalizada e em rede (BRASIL, 2013). Porém apesar na significância deste equipamento, na prática não foi implantado.

Já em relação às UPAS, o Estado do Paraná, este equipamento também enfrenta problemas, sobretudo, por dificuldades estruturais de referencia/contra referência, pouca articulação da rede, falta de profissionais capacitados e alto índice de pacientes (UCHIMURA et al., 2015).

Não é somente no Brasil que os serviços de urgência e emergência recebem uma grande quantidade de pacientes diariamente, com queixas na maioria das vezes que não se configuram como uma urgência ou emergência. Uma pesquisa desenvolvida em hospitais do norte da Alemanha identificou que estes também enfrentam problemas oriundos da superlotação dos prontos socorros, justificados por motivos como: conveniência para o paciente, expectativas negativas sobre a capacidade de médicos que atendem em ambulatórios ou expectativas de melhores serviços de saúde em departamentos de emergência, do que no sistema ambulatorial (SCHERER et al., 2017). O mesmo cenário é vivenciado na França e Reino Unido, onde uma grande proporção de pacientes que procuram os serviços de urgência naqueles países, poderiam ser atendidos por um profissional de saúde em um ambiente de atenção primária. Esta crescente procura pelo atendimento nos prontos socorros causa atraso na provisão de cuidados urgentes, além de aumentar o custo total gasto com saúde (MASON et al., 2014).

Apesar desta conhecida realidade conflituosa, poucos estudos ainda abordam estratégias utilizadas para anemizar à situação. Uma pesquisa de revisão sistemática, com recorte temporal de 2005 a 2015, nos idiomas inglês, francês e holandês, com objetivos de descrever intervenções políticas que pretendem reduzir o uso dos serviços de emergência e estimar a eficácia destas ações, identificou que entre as ações desenvolvidas para enfrentar a superlotação dos serviços de urgência, está o fortalecimento da Atenção Básica. O serviço de triagem também se mostrou um aliado neste processo, embora os autores compreendam que reduzir o uso inapropriado dos serviços de emergência requer uma abordagem ampla que integra várias

intervenções adotadas para o modelo de sistema de saúde do país (HEEDE; VOORDE, 2016).

Apesar das dificuldades enfrentadas, as Unidades de Pronto Atendimento tem se constituído como importante ponto de acesso ao sistema de saúde, estando estas entre os principais componentes fixo de urgência pré-hospitalar, configurando-se como unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares (KONDER; O'DWYER, 2015).

Já as dificuldades enfrentadas com os leitos de retaguarda clínica estão relacionadas, sobretudo com a capacidade de regulação destes leitos. A regulação assistencial tem o compromisso de organizar a demanda de serviços, e para isso se faz necessário gerenciar estes equipamentos com interface entre a população assistida, serviços envolvidos e trabalhadores dos serviços de saúde. Quando efetivada é capaz de facilitar o acesso aos serviços e propiciar um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população, porém na pratica este serviço ainda é incipiente e pouco efetivo (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

A RUE está amparada no princípio da equidade, norteadas pela lógica da regionalização da saúde. Este princípio por sua vez, deve ser a essência das políticas de saúde, promovendo melhorias das condições de saúde, reduzindo as desigualdades na capacidade de resposta das diferentes localidades. Porém a equidade também deve ser levada em consideração quando o assunto é financiamento do SUS. A distribuição dos recursos deve levar em consideração as características de cada região, representadas por condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras distintas (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016). O governo federal tem se mostrado importante indutor de políticas de saúde, e a transferência dos recursos financeiros federais para municípios tem ocorrido principalmente por meio de transferências regulares e automáticas, com o propósito de aproximar o financiamento das esferas subnacionais e ampliar os seus gastos em saúde (COELHO; SCATENA, 2014).

Nesse sentido, é importante que as redes de atenção à saúde recebam respaldo técnico, gerencial e financeiro para sua real efetivação. Baseado nessa premissa é preciso que os três entes federados, Município, Estado e Governo Federal, incorporem a concepção de organização do trabalho em rede e compartilhem responsabilidades nesta gestão.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo proporcionaram conhecer como vem ocorrendo o processo de implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências no Estado de Santa Catarina.

A RUE iniciou seu processo de implementação antes mesmo do lançamento da Portaria Ministerial nº 1.600 de 07 de julho de 2011. O Estado de Santa Catarina foi um dos pioneiros na implementação da RUE, e serviu de referência, juntamente com o Estado de Minas Gérias, para o Ministério da Saúde expandir esta rede para todo o território Nacional.

Ao iniciar as discussões da RUE, construiu-se um projeto piloto no ano de 2007 na macrorregião Planalto Norte e Nordeste. As demais sete macrorregiões de saúde de Santa Catarina somente entraram na discussão desta rede após a publicação da portaria oficial da RUE.

Sendo assim, a implementação da RUE em SC foi marcada por dois momentos distintos: a) de 2007 a 2011 com a discussão da RUE na macrorregião planalto Norte e Nordeste, recebendo apoiadores do MS e tomando como experiência a RUE de Minas Gerais. Houve uma preocupação neste período de aprofundamento teórico sobre redes com todos os envolvidos no processo de implementação. O Plano de Ação da RUE nesta macrorregião foi construído através de um processo reflexivo e participativo de representantes de diferentes setores, entre eles, profissionais da saúde (urgência e atenção básica), prestadores de serviços e gestores do SUS; b) a partir de 2011 com a publicação da portaria 1600 houve a necessidade de se expandir a RUE para as demais macrorregiões de saúde de Santa Catarina. O Estado passa a assumir o projeto de redes e estabelece o prazo de trinta dias para as macrorregiões elaborarem seu Plano de Ação da RUE. Este fato gerou em algumas macrorregiões, a construção de Planos de Ação não compatíveis com a real necessidade de saúde, uma vez que foram construídos com pouca discussão teórica do conceito de trabalho em rede.

No atual cenário de atendimento as urgências em Santa Catarina, constatou-se que a rede ainda está em processo de implementação. Seus componentes enfrentam problemas de articulação e a Atenção Básica ainda está longe de se tornar a ordenadora da rede. O investimento financeiro abaixo do esperado também impacta na implementação de alguns pontos de atenção, sobretudo no investimento de novas estruturas físicas, apesar da implementação da rede de urgência

e emergência ser amparada pela lógica de indução financeira e tem o Ministério da Saúde como seu grande indutor.

Ressalta-se que esta pesquisa apresentou limitações, sobretudo pela pouca produção de estudos na área e pela recente implementação da RUE em SC. Por fim, sugere-se a necessidade de se investir em pesquisas que abordem questões referentes à implementação e operacionalização das diferentes redes de atenção a saúde em todo território nacional, promovendo além de adensamento teórico sobre rede, uma oportunidade de discussão sobre análise de políticas públicas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 2, p. 424-34, 2017.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da sala de estabilização: componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 20 p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 08 jul. 2011. Seção I, p. 69, Col. 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 02 out 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União. 2003.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209-24, 2017.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p 271- 86, 2014.

COELHO, M. F; GOULART, B. F; CHAVES, L. D. P. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. **Rev Rene.**, v. 14, n. 1, p. 50-9, 2013.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311-20, 2017.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

HEEDE, K. V. D; VOORDE, C. V. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. **Health Policy**, v. 120, n.12, p. 1337-49, 2016.

JORGE, A. O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 125-45, 2014.

KONDER, MT; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-45, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 15-37, 2014.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc**, v. 26, n. 2, p. 329-35, 2017.

ORTIGA, A. M. B et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 32, p. 01-18, 2016.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 22, p. 1281-89, 2017.

SANTOS, J. L. G et al. , Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 3, n. 20, p. 1-8, 2016.

MASON, S et al. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 22, n. 55, p. 01-07, 2014.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc**, v. 25, n. 3, p.786-99, 2016.

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

SCHERER, M. Patients Attending Emergency Departments. A Cross-sectional Study of Subjectively Perceived Treatment Urgency and Motivation for Attending. *Deutsches Ärzteblatt International*. **Dtsch Arztebl Int**, v. 114, n. 39, p. 645-52, 2017.

SOUZA, S. S; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 778-83, 2011.

VAISTMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L.V.C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 589-611, 2013.

UCHIMURA, L. Y. T et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 972-83, 2015.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram compreender os diferentes processos que envolvem desde a construção até a implementação de uma política pública. A análise da Política de Atenção às Urgências mostrou-se como um campo amplo, envolvendo diferentes serviços que compõem uma rede complexa, a qual depende da pactuação e articulação de diversos atores técnicos e políticos.

A proposta metodológica utilizada, adaptada ao referencial teórico do ciclo de política, possibilitou analisar esta política através de diferentes nuances, possibilitando a identificação e análise das fases de construção até sua implementação.

Os resultados apresentados evidenciam o potencial do referencial teórico e metodológico utilizado, dando conta de analisar as fases de uma política pública, levando-se em consideração a sua complexidade. O desenho metodológico permitiu incluir no estudo diferentes atores como, formuladores, implementadores e grupos de pessoas envolvidos na política, o que deu maior sustentação política e legitimidade a pesquisa. A Teoria Fundamentada nos Dados permitiu a imersão do pesquisador no contexto da pesquisa e maior envolvimento com os dados. Isso porque a comparação constante, a elaboração dos memorandos e diagramas, e a codificação estimulou a reflexão e manteve o pesquisador ancorados nos dados. Nesse sentido, esta análise permitiu captar elementos implícitos no processo de construção e implementação da Política de Atenção às Urgências, mostrando-se potente para compreender o modo como o processo foi conduzido e os elementos que possibilitaram a ele alcançar melhorias na assistência às urgências e emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e consequentemente a instituição da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, surge diante de um panorama deficiente aos atendimentos desta magnitude. Neste sentido, esta rede carrega a grande missão de reorganizar a assistência às urgências e emergências no contexto da saúde pública.

Vislumbrando uma rede capaz de promover melhores condições de saúde para população, através da reorganização o sistema de saúde e, por consequência, melhor aproveitamento dos recursos financeiros investidos na saúde, autoridades políticas e de saúde se mobilizaram para tal efetivação. Sendo assim, destaca-se a importância da Comissão

Intergestores Bipartite de Santa Catarina, na elaboração de acordos e tomada de decisões para implementação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências, exigindo dos gestores, estratégias de planejamento de forma regionalizada. Esta comissão promoveu discussões e tomadas de decisão a fim de regulamentar todos os componentes estabelecidos por esta rede, sendo este um processo complexo e dinâmico que envolve diferentes atores. Assim, a reformulação da Política de Atenção as Urgências em Santa Catarina é fruto de amplos debates entres órgãos colegiados e Governo Federal.

O Ministério da Saúde mostrou-se o grande impulsionador para a construção e implementação desta rede no Estado. Esse órgão ofertou apoio desde o momento inicial em 2007, antes mesmo do lançamento oficial da portaria que reformulou esta Política, com o projeto piloto na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, o que favoreceu a discussão e elaboração dos planos de ação para implantação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. Já a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Santa Catarina passou a incorporar e participar mais efetivamente desta construção, a partir de 2011, com a publicação oficial da Portaria que institui esta rede em nível nacional. Apesar disso, a participação da SES na gestão da RUE, ainda é vista como tímida, necessitando de maior articulação e envolvimento desta instância com as macrorregiões de saúde.

Esse fato pode estar atrelado às trocas constantes de coordenadores da Rede de Atenção as Urgências e Emergências em nível estadual, permanecendo inclusive períodos sem comando, o que dificulta a construção de um plano de governo efetivo, que dê conta desta magnitude. Nesse sentido, vale ressaltar o papel do Grupo Condutor da RUE, mostrando-se como um importante aliado para efetivação desta rede no Estado. No panorama estadual, a RUE já se mostra em fase de implementação do ponto de vista estrutural, ainda que incompleta em funcionamento.

Porém, apesar dos avanços ocorridos na saúde pública e no processo de regionalização da saúde, especialmente para atender o cenário das urgências e emergências, ainda existem desafios que precisam ser superados para que as Redes de Atenção a Saúde se tornem realidade. Os resultados desta pesquisa sugerem que o arcabouço normativo para a instituição da Rede de Atenção as Urgências e Emergências, por si só, não é suficiente para a sua implementação. Entendemos que tal desvio possa ser atribuído aos modelos de gestão do



sistema de saúde. Para que a Rede de Atenção as Urgências e Emergências cumpra seu efetivo papel, é preciso fomentar a construção de planos de ação baseando-se em cenários desejáveis e possíveis, envolvendo decisão política gestora baseada em informações das necessidades de cada território. Só assim, será possível propor e estabelecer redes de atenção e constituir linhas de cuidado para atender as necessidades de saúde das pessoas.

O Estado de Santa Catarina dividiu-se em oito macrorregiões de saúde para implementação da RUE, sendo que cada macrorregião criou seu grupo condutor. Este grupo foi responsável pela elaboração do Plano de Ação de implementação da RUE e participa diretamente das discussões e decisões relacionadas sobre esta rede em sua macrorregião.

É importante destacar também a participação dos profissionais de enfermagem na implementação da PNAU em Santa Catarina. Estes estão entre os principais profissionais que compõe os grupos condutores nas oito macrorregiões de saúde.

O cenário delineado pelos resultados desse estudo permite entrever que as regras postas não estão constituindo elementos suficientemente para implementação da RUE. Este processo é permeado por dificuldades que afetam diretamente a execução de uma rede efetiva. A influência política partidária perpassando o critério técnico está entre os principais entres para este efetivação. Esta intromissão negativa por vezes desvirtua o processo de construção e consolidação desta política, tornando-se um nó crítico difícil de ser desatado. Além disso, a RUE conta com prestadores de serviços que a compreendem apenas como um meio de arrecadar financiamento, não estando estes dispostos a lutar por uma rede resolutive.

A Atenção Básica está longe de ser considerada a ordenadora da RUE. Ainda se mostra como um componente tímido e pouco participativo na construção e consolidação de uma rede que de conta da magnitude que envolve a assistência às urgências e emergências no SUS.

Apesar da efetivação da Política de Atenção as Urgências ser permeada por impasses que levam a retrocesso, melhorias já podem ser observadas no cenário de atendimento as urgências, entre elas, implantação de protocolos de classificação de risco nas portas hospitalares, criação das centrais de regulação de internação e maior facilidade de acesso a população nos serviços de saúde.

Por fim, destaca-se que o desenho da RUE no Estado de Santa Catarina vem sofrendo inúmeras modificações, que culminaram para o cenário atual da rede no Estado. Acredita-se que este processo de construção e desconstrução é algo positivo e pode favorecer a elaboração de uma rede mais compatível com a real necessidade de saúde da população.

Acredita-se que as contribuições desta investigação são significativas, pois grande parte dos estudos são desenvolvidos apenas com um componente específico da PNAU, não explorando a rede em sua totalidade. Além disso, a experiência explicitada no Estado de Santa Catarina, pode fornecer subsídios para auxiliar a implementação da RUE em outros contextos. Os achados desta pesquisa também contribuem para mostrar as diferentes fases de uma política pública, assim como as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, o que pode servir de experiência para implementação de outras políticas públicas.

Como limitação do estudo, apontam-se dificuldades inerentes às pesquisas qualitativas com uso da entrevista para coleta de dados. As entrevistas possibilitam a compreensão do objetivo de estudo a partir do relato do participante, sem o fornecimento de dados sobre o que os sujeitos especificamente fazem. Destaca-se também a dificuldade em encontrar e selecionar os sujeitos entrevistados, que precisavam ter experiência acerca do fenômeno investigado. É preciso pontuar que as opiniões são particulares dos indivíduos entrevistados nesta pesquisa, não podendo, portanto, ser generalizadas para todo o universo de gestores e profissionais que participaram da implementação da Política em questão. Também é necessário pontuar que neste estudo não foi contemplada a etapa cinco do ciclo de política, a fase de avaliação desta política. Dessa forma, são necessários novos estudos incluindo essa perspectiva.

Apesar dessas limitações, ao buscar analisar a Política de Atenção às Urgências no Estado de Santa Catarina, o presente estudo possibilitou a confirmação da **Tese** de que a reformulação da PNAU e a instituição da RUE no Estado de Santa Catarina foram realizadas por meio de um modelo de gestão regionalizado proposto pelas redes de atenção à saúde e promoveu melhorias no acesso e na qualidade da assistência aos pacientes nos serviços de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 141-144, 2011.
- ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc**, v. 25, n. 2, p. 320-35, 2016.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 2, p. 424-34, 2017.
- ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017.
- AVEYARD, H. **Doing a literature review in health and social care: a practical guide**. Maidenhead: Open University Press; 2007.
- BAGGIO, M.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem**, v. 3, n. 3, p. 177-188, 2011.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 138-172.
- BARRETTO, L. D.; FREIRE, R. C. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 334-47, 2011.
- BARATIERI, T. et al. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Revista de saúde pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 54-63, 2017.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As Políticas de saúde do Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 30, v. 3, p. 380-98, 1996.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.256, 25 de junho de 2013. **Aprova a Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**. Diário Oficial da União. Brasília, 26 julho de 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1256\\_25\\_06\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1256_25_06_2013.html)>. Acesso em: 11 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, 08 jul. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 02 out 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 02 out 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial da União. Brasília, 06 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)>. Acesso em: 11 de março de 2017.

CAMPOS, J.; SOUZA, V. S. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. **Revista Unimontes Científica**, v. 16, n.1, p. 17-25, 2014.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1209-24, 2017.

CASTRO, F. G. et al. A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 4, n. 4, p. 342–360, 2010.

CAVALCANTI, P. A. O conceito de avaliação de políticas, programas e projetos. In: PEREZ, J. R. R. (Org.). **Estudo, pensamento e criação: planejamento educacional e avaliação na escola**. Campinas: Unicamp, 2005. p. 132.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 48.

COELHO,MF; GOULART,BF; CHAVES,LDP. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, p. 50-9, 2013.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, , 2014. p. 271-86.

CORRÊA, A. C. P; FERRIANI, M. G. C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 58, p. 449-452, 2005.

CORTES, S. V; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, n. 87, p. 33-62, 2012

COSTA, K. S. C, MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 62, p. 300-04, 2009.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. 3 ed. 341p. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R.C.D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015.

DAL FARRA, R. A; LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: Pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre educação**, v.24, n.3, p. 67-80, 2013.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312-20, 2014.

DUBEUX, L. S; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1508-18, 2010.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Rev. Adm. Pública**, v. 6, n. 50, p. 959-79, 2016.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311-20, 2017.

FERREIRA, E. B. et al. Acolhimento com classificação de risco em Serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 148-78, 2016.

FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p.195-200, 2015.

FREY, K. et al. Políticas públicas em perspectiva comparada: proposta de um framework para a análise de experiências locais. **Rev. Serv. Público**, v. 68, n. 1, p, 9-36, 2017.

\_\_\_\_\_, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-59, 2000.

GALVÃO, J. Gerência de serviço de urgência e emergência: fortalezas e fragilidades. **Rev Enferm Integrada**, v. 6, n. 2, p. 1133-42, 2013.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261-7, 2014.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 67, p. 261-7, 2015.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GIOVANNI, G. D. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. **Cadernos de pesquisa**, n. 82, p. 01-32, 2009.

GOTTEMS, B. D. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993. 224p.

HEEDE, K. V. D; VOORDE, C. V. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. **Health Policy**, v. 120, n. 12, p. 1337-49, 2016.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995. 336 p.

HOWLETT, S. F; MCCONNELL, A.; PERL, A. Moving Policy Theory Forward: Connecting Multiple Stream and Advocacy Coalition Frameworks to Policy Cycle Models of Analysis. **Australian Journal of Public Administration**, v. 76, n. 1, p. 65-79, 2016.

JORGE, A. O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 125-45, 2014.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan; 2003. 345 p.

\_\_\_\_\_, J. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston: Little Brown Publishing, 1987. 322 p.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 879-92, 2016.

\_\_\_\_\_, M. T; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-45, 2015.

KREMPSER, P.; ARREGUY-SENA, C.; BARBOSA, A. P. S. Características definidoras de trauma vascular periférico em urgência e emergência: ocorrência e tipos. **Escola Anna Nery**, v.17, n.1, p. 24-30, 2013.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, n. 1, p. 243-247, 2015.



LAGE, M.C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **Educação Temática Digital**, v.12, n. esp., p.198-226, 2011.

LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 17, p. 2607-16, 2012.

LIMA, W. G. Política pública: discussão de conceitos. **Interface**, n. 5, p. 49-54, 2012.

LOWLETT, M., RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press. 1995. 245 p.

LOPES, M. M. B. et al. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, v. 6, n. 22, p. 819-27, 2009.

LORENZETTI, J et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LUCHTEMBERG, M. N. Análise de chamadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital brasileira. **Rev Rene**, v. 15, n. 6, p. 925-32, 2014.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2113-26, 2007.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

MACHADO, S. H. S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da política nacional de medicamentos. **Rev. Adm. Pública**, v. 41, n.3, p. 543-65, 2013.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 159-70, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 15-37, 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 1, p. 51-60, 2011.

MARCHI, G.; LUCERTINI, G.; TSOUKIÀS, A. From evidence-based policy making to policy analytics. **Ann Oper Res**, n. 236, p. 15-38, 2016.

MASON, S et al. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 22, n. 55, p. 01-07, 2014.

MAXIMINO, V. S. et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde Soc.** v.26, n.2, p.435-47, 2017.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc**, v. 26, n. 2, p. 329-35, 2017.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-404, 2010.

O'DWYER, G; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde Soc.** v. 22, n. 1, p.199-210, 2013.

OLIVEIRA, G. N. et al. Nursing care based on risk assessment and classification: agrément between nurses and the institutional protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 500-06, 2013.

ORTIGA, A. M. B. et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 32, p. 01-18, 2016.

PELEGRINI, A. H. W. et. al. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, p. 01-09, 2010.

PERSEGONA, K. R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, n. 13, v. 3, p. 645-50, 2009.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM. J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

PINTO, I. C. M; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1777-99, 2011.

POLIT; D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RENDEIRO, M. M. P. **O Ciclo da política de saúde bucal no sistema de saúde Brasileiro**: atores, ideias e Instituições. 2011. 188p. Tese

(Doutorado em Ciências na área de saúde pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RODGERS, M. et al. **Narrative synthesis in systematic reviews**. Manchester: ESRC Research Methods Programme; 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm**, v. 20, n.2, p. 01-02, 2007.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130 p.

SANTOS, J. L. G. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2015. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANTOS, B. R. L et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revisa Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. (esp), p. 49-59, 2000.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 22, p. 1281-89, 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, n. 20, v. 3, p. 1-8, 2016.

SCHERER, M. Patients Attending Emergency Departments. A Cross-sectional Study of Subjectively Perceived Treatment Urgency and Motivation for Attending. *Deutsches Ärzteblatt International*. **Dtsch Arztebl Int**, v. 114, n. 39, p. 645-52, 2017.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 778-83, 2011.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos.** 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014. 168 p.

SERAFIM, M.; DIAS, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, v. 3, n.1, p. 121-34, 2012.

SITTA, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**, v. 12, n.6, p. 1059-1066, 2010.

SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 62, p. 86-91, 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 16, n. 8, p. 20-45, 2006.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 01-8, 2011.

SOUZA, S. S; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 778-83, 2011.

STRUCKMANN, V. et al. Integrated Diabetes Care Delivered by Patients – A Case Study from Bulgaria. **International Journal of Integrated Care**, v. 17, n. 1, p. 1–6, 2017.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TELES, A. S. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 25, p. 51-57, 2017.

TELES, A. S; COELHO, T. C. B; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc**, v. 25, n. 3, p.786-99, 2016.

THEODOULOU, S. Z. The Contemporary Language of Public Policy: A Starting Point. In: THEODOULOU, S. Z; CAHN, M. A. (Org.).

**Public Policy: The Essential Readings**. New Jersey: Prentice Hall, 1995. p. 1-9.

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

TREVISANI, J. J. D.; BURLAND, Y. L.; CONSTANTE, J. P. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde Soc**, v. 2, n. 21, p. 492-509, 2012.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 972-83, 2015.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). São Luís: UMA-SUS, 2015.

VAISTMAN, J.; RIBEIRO, J.M.; LOBATO, L.V.C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis**, v. 23, v. 2, p. 589-611, 2013.

\_\_\_\_\_, J. R; MENDES, J; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis**, n. 23, v.2 p.589-611, 2011.

VALETIM, M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n.2, p.285-289, 2009.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no

Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1089-100, 2015.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 17, p. 574-7, 2012.





## APÊNDICES

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA  
PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**PARTE I – Caracterização sócio profissional**

- 1 Idade:                      Sexo:                      Estado Civil:  
2 Formação:                      Tempo de formação:  
3 Titulação: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor  
4 Cargo exercido no contexto da Política Nacional de Urgência e  
Emergência:  
5 Tempo de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
6 Período de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
7 Atualmente exerce cargo ligado a Política de Urgência e Emergência?  
( ) SIM ( ) NÃO

**PARTE II – Questões**

- 1 – Como você percebe o cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina?
- 2 – Conte-me sobre o contexto que antecedeu as discussões sobre a Política Nacional de Atenção as Urgências?
- 3 – Como ocorreu o processo de formulação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina?
- 4 – Como você analisa este processo de formulação?
- 5 – Em sua opinião, quais modificações ocorreram no contexto de atenção às urgências e emergências após a publicação desta política?

- 6 – Como você compreende o processo político de formulação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina?
- 7 – Conte-me como vem ocorrendo o processo de implementação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina.
- 8 – Em sua opinião quais as principais dificuldades enfrentadas durante este processo?
- 9 – Por que a Política Nacional de Atenção as Urgências precisou ser reformulada em 2011, e quais os ganhos com esta reformulação?
- 10 – Qual significado você atribui a Rede de Atenção as Urgências e Emergência em SC?
- 11 – Como vem acontecendo o processo de implementação desta rede no Estado?

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA  
SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**PARTE I – Caracterização sócio profissional**

- 1 Idade:                      Sexo:                      Estado Civil:  
2 Formação:                      Tempo de formação:  
3 Titulação: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor  
4 Cargo exercido no contexto da Política Nacional de Urgência e  
Emergência:  
5 Tempo de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
6 Período de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
7 Atualmente exerce cargo ligado a Política de Urgência e Emergência?  
( ) SIM ( ) NÃO

**PARTE II – Questões**

- 1 – Como você percebe o cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina?  
2 - Como ocorreu o processo de formulação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina?  
3 – Como iniciou o processo da RUE em Joinville?  
4 – Porquê se decidiu assumir o projeto da RUE na macro Norte e Nordeste?  
5 – Como aconteceu o processo de implementação da RUE nas demais regiões?

6 – Quais modificações ocorreram no contexto da urgência e emergência na Macro Norte e Nordeste após discussão e implantação da RUE?

7 – Quais foram as principais dificuldades enfrentadas no processo de formulação e implementação da RUE na macro Norte e Nordeste?

8 – Qual o cenário atual da RUE na macro Norte e Nordeste?

9 – Qual significado você atribui a Rede de Atenção as Urgências e Emergência em SC?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA INTENSIVA  
TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**PARTE I – Caracterização sócio profissional**

- 1 Idade:                      Sexo:                      Estado Civil:  
2 Formação:                      Tempo de formação:  
3 Titulação: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor  
4 Cargo exercido no contexto da Política Nacional de Urgência e  
Emergência:  
5 Tempo de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
6 Período de atuação na Política de Urgência e Emergência:  
7 Atualmente exerce cargo ligado a Política de Urgência e Emergência?  
( ) SIM ( ) NÃO

**PARTE II – Questões**

- 1 – Como você percebe o cenário atual das urgências e emergências no Estado de Santa Catarina?  
2 - Como ocorreu o processo de formulação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina?  
3 – Como iniciou o processo da RUE na sua macrorregião?  
4 – Como aconteceu o processo de implantação da RUE na sua macrorregião?  
5 – Quais modificações ocorreram no contexto da urgência e emergência na sua macrorregião após discussão e implantação da RUE?

- 7 – Quais foram as principais dificuldades enfrentadas no processo de formulação e implementação da RUE na sua macrorregião?
- 8 – Qual o cenário atual da RUE na sua macrorregião?
- 9 – Qual significado você atribui a Rede de Atenção as Urgências e Emergência em SC?

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO  
MODELO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO “ANÁLISE DA  
POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO ESTADO DE  
SANTA CATARINA”**

**Doutoranda: Greice Lessa**

**Orientadora: Dra Alacoque Lorenzini Erdmann**

**Co-orientador: Dr José Luís Guedes dos Santos**

**Validador: \_\_\_\_\_**

**Instituição: \_\_\_\_\_**

**RESPONDA AS QUESTÕES COM BASE NO MATERIAL EM  
ANEXO**

Para construir uma TFD faz-se necessário reduzir dados a conceitos, que devem explicar de forma geral o que está acontecendo. Para isso, esta teoria deve atender a quatro critérios que julgarão sua aplicabilidade: Ajuste, Compreensão, Generalização Teórica e Controle. Para validar a aplicabilidade dos dados, neste estudo serão considerados os três primeiros critérios (SOUZA e SILVA, 2011).



**AJUSTE:** Fale sobre sua experiência com o modelo apresentado. Você percebe uma relação do que está representado nas categorias e subcategorias com sua prática pessoal ou profissional? Há algo importante neste contexto que não foi contemplado?

**COMPREENSÃO:** O modelo está de fácil compreensão? Há clareza e relação entre as categorias e subcategorias? A nomeação das categorias e subcategorias está adequada?

**GENERALIZAÇÃO TEÓRICA:** O modelo pode ser aplicado em outros contextos?

**Referência:**

SOUZA, S.S; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul Enfermagem**. v. 24, n. 6, p. 778-83, 2011.

## BREVE APRESENTAÇÃO DA TESE

**PERGUNTA DE PESQUISA:** Como ocorreu o processo de formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e como esta vem sendo implementada em Santa Catarina?

**OBJETIVO:** Elaborar um modelo explicativo sobre o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no contexto do Estado de Santa Catarina.

**REFERENCIAL TEÓRICO:** Ciclo de Política

**ASPECTOS METODOLÓGICOS:**

<b>Tipo de estudo</b>	TFD – vertente: construtivista (CHARMAZ, 2009)
<b>Local do estudo</b>	Oito macrorregiões de saúde de Santa Catarina
<b>Coleta de dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista aberta</li> <li>• Período: agosto de 2016 a julho e 2017</li> </ul>
<b>Amostragem teórica</b>	<p>Três Grupos Amostrais (GA): 20 participantes</p> <p>(1) 8 profissionais que exerceram cargo de gestão (Macrorregional, Estadual e Nacional) na Política Nacional de Atenção as Urgências</p> <p>(2) 7 profissionais que atuam e/ou atuaram nesta política na macrorregião do Planalto Norte e Nordeste</p> <p>(3) 5 profissionais atuantes na Política Nacional de Atenção as Urgências pertencentes as demais macrorregiões</p>
<b>Análise de dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise comparativa constante</li> <li>• Duas etapas: codificação inicial e focalizada</li> <li>• Software NVIVO 10®.</li> </ul>

## RESULTADOS

As quatro categorias e suas subcategorias que emergiram da análise dos dados estão apresentadas na Tabela 1. A partir da interconexão das categorias, obteve-se o fenômeno “Articulando-se em macrorregiões para implementar a Rede de Atenção as Urgências em Santa Catarina”. A seguir, descreve-se cada uma das categorias.

**Tabela 1** - Categorias, subcategorias e fenômeno do estudo. Florianópolis. SC, Brasil (2017).

<b>Subcategorias</b>	<b>Categorias</b>	<b>Fenômeno</b>
Trabalhando com “ambulânciateira” Desenvolvendo um projeto piloto da RAU no Planalto Norte e Nordeste Recebendo apoio do Ministério da Saúde	<b>Formulando a RAU</b>	<b>Articulando-se em macrorregiões para implementar a Rede de Atenção às Urgências em Santa Catarina</b>
Estabelecendo a divisão em oito macrorregiões Expandido RAU após publicação da portaria 1.600 Elaborando um Plano de Ação Regional	<b>Colocando a RAU para funcionar</b>	
Trocando coordenadores frequentemente Sofrendo influência política partidária Deixando a Atenção Básica “de lado”	<b>Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RAU</b>	
Utilizando Protocolos de Classificação de Risco Criando Centrais de Regulação Facilitando o acesso dos pacientes aos serviços	<b>Melhorando a qualidade da atenção às urgências</b>	

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

A primeira categoria “Formulando a RAU” revela aspectos relacionados ao início das discussões sobre a Rede de Atenção às Urgências. Esta rede surge com o compromisso de reorganizar a assistência prestada aos casos de urgência e emergência, uma vez que o cenário desenhado até então não era compatível com uma assistência resolutiva e de qualidade.

Uma das dificuldades enfrentadas por algumas macrorregiões está em contemplar a RAU em toda a sua extensão territorial. O aparato tecnológico e assistencial de alta complexidade geralmente está concentrado em municípios de grande porte, sendo assim, os municípios

de pequeno porte e que se encontram a uma distância geográfica considerável do município polo acabam enfrentando um “vazio assistencial”. Ou seja, precisam percorrer horas de viagem até chegar ao atendimento de alta complexidade, sendo ofertado pelos municípios um serviço de “ambulânciateapia”. Neste sentido, a RAU tem o importante papel de redistribuir os serviços levando em consideração todo o território geográfico. Porém nem sempre esta discussão é tão fácil assim, algumas macrorregiões não conseguiram redistribuir os pontos de atenção da RAU e os “vazios assistenciais” ainda se configuram como um problema a ser enfrentado por esta rede, principalmente em relação ao tempo resposta de atendimento.

*“Se for pensar antes de ser criada a Rede de Urgência e Emergência, funcionava de maneira um pouco anárquica, tinha e ainda tem aquela situação da “ambulânciateapia”, que ainda funciona fortemente no Estado, levando paciente para cima e para baixo todos os dias.” (P01)*

*“Eu do jeito que eu entendi, eu gostaria muito, muito que na nossa macrorregião tivesse esses aparatos que tem nas grandes cidades, porque daí aquela população teria acesso, aquela população não precisava ficar descendo serra abaixo, subindo serra acima para ter uma assistência de urgência e emergência, entendeu?(P11)*

*“[...] é um ponto da Rede de Urgência e Emergência, principalmente preencher os vazios assistenciais, que é uma característica muito forte da nossa região.”(P13)*

Entendendo que a assistência das urgências e emergências não se configurava como um cenário positivo, em 2007, iniciaram as discussões sobre a implantação de uma rede de serviços específicos para a urgência e emergência. O município de Joinville, por intermédio do gestor municipal, foi pioneiro na experiência com Rede de Atenção às Urgências. Após alguns meses de discussão percebeu-se a necessidade de expandir esta rede para a macrorregião Planalto Norte e Nordeste, já que houve entendimento de que não seria possível elaborar uma rede com apenas um município. Toda esta discussão foi amparada diretamente pelo Ministério da Saúde, e levou-se em consideração a

experiência de implantação da Rede de Atenção as Urgências no Estado de Minas Gerais. A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina não incorporou o projeto de redes inicialmente, ficando esta articulação centrada na figura de um único servidor estadual.

*“Nós começamos em Joinville, depois acho que não deu nem um ano, nós já fomos para a região norte e nordeste. Nós vimos que não iria dar certo somente em Joinville, não tinha como fazer rede.” (P08)*

*“Como o município de Joinville ele é bem desenvolvido tanto nas Políticas Públicas quanto no caráter técnico a gente consegue tomar decisões aqui que a gente consegue levar essa experiência para toda a macrorregião e a gente consegue fazer isso de uma forma macrorregional, a gente cria aqui o embrião e depois a gente dissemina isso por toda a macrorregião, principalmente fluxo de encaminhamento de pacientes que é uma das maiores dificuldades da macrorregião quando a gente fala de Rede de Urgência e Emergência.” (P10)*

*“Até que depois das políticas, um técnico da secretaria, se envolveu bastante na questão da urgência, então com um foco técnico conseguiu trabalhar todos os municípios, mas sem o respaldo tão grande ainda da SES.” (P05)*

*“Era um interesse do Ministério da Saúde, não era um interesse do Estado de Santa Catarina, na medida em que esse discurso não era um discurso corrente dos líderes.” (P06)*

**A segunda categoria “Colocando a RAU para funcionar”,** faz menção ao processo de implantação e implementação dessa rede.

Após cinco anos de discussão da RAU na macrorregião Planalto Norte e Nordeste, o Ministério da Saúde brasileiro lança oficialmente em 07 de julho de 2011 a Portaria nº 1.600 que institui a Rede de Atenção as Urgências e Emergências em todo território nacional. A partir deste momento, há uma cobrança por parte do MS para que o

Estado de Santa Catarina assuma este projeto. O Estado de Santa Catarina foi dividido em oito macrorregiões de saúde e somente após este momento é que as demais macrorregiões entram na discussão da Rede de Atenção as Urgências.

*“E então o Estado entendeu que a organização deveria ser macrorregionalizada, então hoje, temos oito macrorregiões porque a macrorregião nordeste fica anexada junto com a macrorregião planalto norte.”(P02)*

*“Nós iniciamos logo a partir do momento que foi publicada a Portaria das Redes de Atenção à Saúde, houve reuniões aqui na Secretaria de Estado da Saúde chamando as regiões para que a gente começasse a fazer as discussões do plano regional de Atenção.”(P16)*

Cada macrorregião de saúde organizou-se e criou seu grupo condutor macrorregional da RAU. Esse grupo teve como primeira tarefa elaborar o Plano de Ação Regional (PAR) para implantação dessa rede. O Planalto Norte e Nordeste construiu seu plano ao longo de todos os anos em que vinha discutindo a rede, porém as demais macrorregiões tiveram apenas trinta dias para se organizarem e elaborarem seu plano. Diante desse contexto, as discussões para elaboração do PAR na macrorregião Planalto Norte e Nordeste ocorreram de forma mais profunda e qualificada. As demais macrorregiões tiveram um tempo curto, para discutir e construir seu plano de ação. Apesar destas intercorrências, os planos de ação são vistos como forte indutores da RAU no Estado.

*“A gente sabe que a região ali de Joinville, quando iniciou essa discussão das redes, foi uma região que contemplou o projeto piloto de implantação da rede, principalmente da urgência e emergência, então eles já vinham nesse caminho desde 2007 e eu acho que realmente isso fez toda diferença. Se eles hoje estão em um determinado nível de superação de dificuldades, eu acho que isso teve o processo histórico que contribui para que eles realmente tivessem tempo para organizar isso, para amadurecer, para discutir essa questão*

*dos fluxos, enfim, para encontrar caminhos para que a coisa desse certo.” (P17)*

*Uma coisa que levamos anos para construir, ela queria que as demais macrorregiões fizessem em poucos dias, então não dá para construir um processo de rede e querer chamar de burocrático, porque tem muita discussão, tem muito convencimento, tem muita negociação, são muitas idas e vindas, são interesses mil que temos nesse meio tempo, e se você não tem negociações isso não se dá de uma hora para a outra. (P08)*

*“Nós tivemos uma reunião em abril, com o ministério da saúde em 2013, e nessa proposta o Estado disse pra nós que tínhamos 30 dias pra construir um plano de ação, já tinha data marcada para o ministério vir e nós tínhamos que apresentar esse plano.” (P19)*

*“Ela está em um estágio mais avançado porque ela iniciou primeiro, então isso é um fato que é inerente a função, desde 2007 trabalhando em rede de urgência com discurso dos hospitais dos municípios dando esse diálogo, com mesas de negociação com... ampliada, tudo trabalhando a rede, então lá de fato a efetivação da rede, ela se deu de uma forma diferenciada.” (P18)*

A necessidade de elaborar um Plano de Ação Regional para a Rede de Atenção as Urgências em curto prazo, prevaleceu em algumas macrorregiões a construção de Planos incompatíveis com a real necessidade. Porém, este fato não é unânime e apesar do curto tempo para incorporação do conceito de trabalho em redes, algumas macrorregiões conseguiram, ainda assim, construir Planos de Ação efetivos e que atenderam a necessidade da população. Este fato foi justificado pela característica perseverante e de liderança exercida pelos membros do grupo condutor.

*“Eu vejo também que grande parte hoje no Estado as coisas vem sendo executadas dependendo das pessoas que estão nos cargos,*

*porque nos não temos uma autoridade de gestão suficiente ainda para garantir que apesar do superintendente a coisa caminhe, depende de quem tá, eu que tenho um olhar técnico, uma preocupação para coisa caminhar então na minha gestão vai caminhar, se eu saio independento de quem vier para meu lugar, então a gente é muito vulnerável nisso, o estado não conseguiu estruturar e talvez a gente demore anos ainda pra isso, de as coisas caminharem apesar de quem esteja a frente dos cargos.”(P18)*

*“[...], são pessoas, a gente sempre diz que a Rede é feita de pessoas, tem pessoas que fazem com que a Rede desse andamento, e por onde quer que a gente vá, a gente dá essa continuidade, então essa é uma importância que a gente têm das pessoas que dão andamento na discussão, e se você não tiver pessoas articuladas e com vontade de fazer diferença você não vai ter evolução.” (P12)*

Durante a elaboração dos Planos de Ação Regional para implantação da RAU em Santa Catarina, houve a necessidade de um diagnóstico de saúde de cada macrorregião. Essa ação por si só foi considerada um avanço para o sistema de saúde.

*“E aí foi feito uma pesquisa bem profunda, os municípios responderam um material de estruturação mesmo, para montar um mapa de serviços, do que poderia apoiar essa Rede.” (14)*

*“Então a gente passou a fazer um levantamento de todos os hospitais, quantitativos de leitos e os serviços que ele oferecia [...] a gente verificou que tínhamos menos que 4% de leitos de UTI na região, nós tínhamos muitos leitos, porém muitos leitos ociosos, também pequenos hospitais. Diante disso a gente tentou fazer uma lógica de tempo resposta, distancia de um ponto de atenção até outro, qual população ele atendia, se ele cumpre os critérios.(P19)*



Durante elaboração dos PAR, os grupos condutores desenharam os componentes da RAU conforme necessidade de cada macrorregião. Entre os componentes desenhados estão as Salas de Estabilização. Mesmo estas serem consideradas pelos grupos condutores como importante componente para a efetivação da rede, não se concretizaram. O Ministério da Saúde recuou neste componente e decidiu não implantar este serviço.

*“Não, o MS disse que as experiências, que isso também eu não consigo entender, nós temos Brasil com vários Brasis, que a experiência feita das salas de estabilização que foi lá para cima, lá para o norte, nordeste, dizem que o ministério não gostou das avaliações das salas, aí ele recuou a portaria, ele não chegou a retirar, ele recuou.” (P19)*

*“Tivemos uma questão também complicada, que foi retirado as salas de estabilização pelo Ministério da Saúde do plano da rede de urgência e emergência, que foi também um outro ponto que ficou faltando na rede. (P17)*

*“[...] para nós, quando você fala de sala de estabilização, é um ponto importante e um incremento financeiro bom para esses pontos, porque a gente sabe que nós temos pontos que estão à 30, 40 quilômetros da porta, nesses pontos passam várias SC ou BR, o paciente acidentado não vai vir para o hospital de grande porte, ele vai para a primeira porta que aparecer, e se essa porta tiver esse aporte de estabilizar ou dar o primeiro atendimento para o paciente, na nossa região é importantíssimo.” (P19)*

Outro componente da RAU considerado importante e que enfrenta dificuldades são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O recurso financeiro enviado pelo MS para este serviço não cobre suas despesas e os municípios sede acabam precisando arcar com boa parte dos custos deste serviço. Este fato está levando alguns gestores a descredenciarem este tipo de serviço.

*“Em relação as UPAS houve modificação, por que nós havíamos colocado em 2013, no plano a rede, uma UPA para cada região de saúde. Algumas regiões retiraram a solicitação, por que eles haviam feito um orçamento inicial da rede e fizeram uma dotação orçamentária e verificaram que o valor que havia sido se comprometido com o Ministério em repassar, o Ministério repassar o valor, enfim, não daria nem para a construção da parte física da UPA, então acabou desistindo da questão da UPA no decorrer desse caminho, entre 2013 a 2015, retirou a proposta do plano.”(P17)*

*“As UPAs nossa vão fechar, todas, todos vão devolver dinheiro, ninguém vai abrir, tem 5 desenhadas, 1 funcionando e essa aqui que o pessoal está se arrastando para manter, porque o custeio da UPA ele é baixo, perto da sua complexidade. A UPA tem que ter 2 médicos 24 horas, classificação de risco, retaguarda de exame, tudo, o dinheiro que vem do ministério é insuficiente para manter o serviço.”(P19)*

Além das dificuldades encontradas para efetivação das salas de estabilização e Unidades de Pronto Atendimento, os leitos de retaguarda clínica também enfrentam dificuldades de ocupação. Esses leitos servem para dar retaguarda e “desafogar” os hospitais portas de entrada. Porém há resistência de alguns profissionais médicos em liberar seus pacientes para dar continuidade do tratamento em outro hospital de menor porte. Outra dificuldade se refere a baixa aceitação dos paciente e familiares em serem transferidos para hospitais menores e continuarem o tratamento com outro profissional.

*“O segundo ponto tem a ver com a questão dos habilitados serem regulados, então agente ainda tem uma dificuldade muito grande de efetivar a rede, aquela questão de desconcentração de pacientes que hoje estão em hospitais grandes centros ir para hospitais menores, isso culturalmente ainda não incorporou, existe ainda tanto no hospital maior a dificuldade dos médicos e da equipe compreender que o melhor lugar pro*

*paciente não é ali é no outro hospital com leitos de retaguarda clínica, e que ele vai esta sendo bem atendido, então confiar que outro tem qualidade pra poder atender, esse é um ponto que dificulta.” (P18)*

*“Temos dificuldades em organizar ainda o fluxo de atendimento, alguns hospitais não estão querendo usar os pontos da rede, tipo hospital porta de entrada, nós temos um que não quer, ainda, usar os leitos de retaguarda para desafogar sua porta porque tem toda uma questão do entendimento médico, da questão da clínica, então nós temos várias dificuldades ainda que estamos tentando superar.”(P17)*

Apesar dos Planos de Ação Regional contemplar componentes da Atenção Básica até leitos de UTI, a articulação e implementação da RAU no Estado de Santa Catarina vem se desenvolvendo com foco no componente hospitalar. As linhas de financiamento para a RAU foram liberadas pelo Ministério da Saúde a partir do componente de Unidades de Pronto Atendimento, uma vez que a Atenção Básica tem financiamento específico. Outro fato que chama a atenção refere-se a coordenação estadual da RAU ser responsável apenas pelo componente hospitalar da RAU, ficando Atenção Básica, SAMU e UPAS a cargo de outras gerências e/ou coordenações.

A **terceira categoria “Enfrentando dificuldades de gestão e articulação da RAU”** refere-se às dificuldades vivenciadas durante o processo de implantação e implementação da Rede de Atenção as Urgências.

Historicamente a RAU em SC passou por uma constante mudança de coordenação, chegando a ficarem períodos sem coordenador. Essa troca impacta diretamente no processo de implantação e implementação da rede, uma vez que a cada nova coordenação perde-se um tempo resgatando o histórico até então desenvolvido. Outro entrave refere-se ao fato de muitas vezes o novo coordenador iniciar a gestão não levando em consideração o caminho percorrido até então, modificando muitas vezes todo o processo que já havia se construído, ou seja, a cada nova gestão um novo rumo é dado à política. Este fato se enaltece com as mudanças de gestão em intervalos curtos de tempo, uma vez que com tempo reduzido na coordenação o

gestor planeja suas ações, porém não consegue colocá-las em prática. Esta dificuldade se estende também aos grupos condutores. Existe uma troca constante entre os membros deste grupo, dificultando o processo.

*“É horrível. É horrível porque o outro que vem perde o fio da meada e não há uma transferência, na secretaria assim, amanhã você vai ser coordenadora, ali é a sua mesa e assim você vai descobrindo, geralmente é desse jeito. Digo por que tenho 36 anos de experiência em serviço público, se você não é uma pessoa com boa vontade, formação e interesse você fica perdida, até que você pega o fio da meada, se passam oportunidades, se passam tempo e se perde muita coisa do processo em andamento.” (P06)*

*“Olha a gente está falando do Grupo Conductor da Rede de Urgência e Emergência, esses personagens eles praticamente trocam a todo o ano, isso é um problema político por que cada vez que troca uma gestão, trocam os representantes desse Grupo Conductor, então essa é uma grande dificuldade de quando os profissionais que estão lá como representantes eles começam a entender a Rede, eles são trocados, vem os novos e você acaba chegando sempre até o mesmo ponto e dali em diante você não vai. Você acaba que digamos “correndo atrás do rato” sempre.” (P10)*

*“Na verdade não tem gerência, não é uma gerência é uma coordenação vinculada diretamente ao superintendente, isso é ruim, é ruim em todos os sentidos, é ruim para o processo, por que quem construiu não está mais aí. A gente ficou um ano e meio sem ninguém, então assim, para rede de urgência isso foi muito ruim, avaliando tecnicamente, tanto que eu estava de fora do processo a gente via que a rede estagnou, então grande parte do processo de não cumprimento do desenho que está posto no plano e daquilo que efetivamente está habilitado e qualificado não foi na velocidade que a gente tinha, grande parte se deu por causa dessa*

*questão da troca constante de coordenação.”(P18)*

Além das trocas constantes de coordenação Estadual da RAU, outro entreve se refere a influencia política partidária exercida sobre a política que por vezes desvirtuam seu real objetivo. A decisão em se implantar ou não determinada política, parte muitas vezes do princípio “político” e não técnico.

O gestor de saúde na maioria das vezes é um cargo político e possui maior poder de barganha e decisão sobre as ações que devem ou não ser implantadas em relação ao técnico ou especialista na área. Porém, o “político” toma as decisões muitas vezes levando apenas em consideração o fator financeiro (quantos recursos receberá por determinada ação) e não leva em consideração os mais diferentes aspectos que envolvem a implantação e implementação de uma política. Quem toma a decisão é o “político”, porém quem deverá colocar a política em prática é o “técnico”, e este por vezes não recebe o apoio e suporte necessário para implantar determinada política. Esta situação, por vezes corrobora para que os serviços públicos recebam recursos financeiros para implantar determinada política, porém não conseguem implanta-la adequadamente.

*“Meu Deus, tem muita influência! Todos os dias, todos os dias. Tem um deputado aqui da região, deputado estadual que não quer saber de redes. Nós discutimos que o hospital da cidade que ele era, de onde ele era, não iria ser habilitado para alta complexidade em ortopedia, ele passou por cima da gente, foi direto no governador, conseguiu o dinheiro, conseguiu habilitação, ele fazia assim, então isso era constante.” (P08)*

*“Todos os dias, frequentemente a gente vê portas de urgência sofrendo com a eminência de desabilitação, isso é uma coisa inconcebível hoje, a gente espera justamente o contrário disso, temos um hospital em que o Ministério da Saúde quer desabilitar a porta de entrada e é um hospital que precisaria inclusive ampliar a sua porta. A gente vê leitos de UTI sendo construídos em cidades que não tem nem adensamento*

*tecnológico, então a influência política é descarada no processo.” (P10)*

A influência política partidária impacta na RAU com a criação de serviços chamados de “Elefantes Brancos”. Implanta-se dispositivos (serviços), como hospitais, UTI, UPAs, sem levar em consideração sua real necessidade. Criam-se esses serviços para “pagar” uma promessa política partidária e não há uma discussão técnica sobre sua necessidade e funcionalidade, e mesmo quando a opinião técnica é ouvida muitas vezes não recebe valor estimado. Estes serviços criados de forma inadequada acabam tornando-se um problema imenso para o Sistema de Saúde, pois necessitará de custeio e não trará a resolutividade que se espera. Sendo assim, algumas regiões sofrem com a falta de um determinado serviço e este está geograficamente alojado em uma área que não consegue suprir a necessidade do sistema de saúde.

*“Um exemplo clássico de uma intromissão política que atrapalha a rede de urgência é quando você instala um dispositivo, tal como uma grande UTI em um serviço, em um hospital pequeno de uma cidade pequena e em uma região pouco populosa, por conta de uma promessa política de um candidato, de um deputado, qualquer coisa assim. Então isso é um exemplo de uma intromissão política na área técnica da rede de urgência e emergência, que deturpa a rede, por uma vontade política se instala um dispositivo que vira um “elefante branco”, ele não se paga, ele gera um custo enorme à secretaria do Estado.”(P01)*

*“Colocaram uma hemodinâmica no hospital que jamais vai ser habilitado em cardiologia, como forma de pressionar para gente habilitar, não tem condições para isso. Tem coisas que infelizmente a política acaba ultrapassando todas as nossas falas técnicas, então essa parte é complicado.” (P18)*

Além da influência política partidária, outro fator dificultador da RAU refere-se à incorporação da Atenção Básica na rede.

Apesar a Atenção Básica estar presente na portaria da RAU como um de seus componentes, na prática sua integração ainda é incipiente. As macrorregiões enfrentam dificuldades em articular a rede na AB. Algumas iniciativas chegaram a ser tomadas, como a elaboração de um plano na macrorregião Planalto Norte e Nordeste para fortalecimento da AB, porém este foi deixado “na gaveta” e o que se observa é o foco da RAU no componente hospitalar. Algumas macrorregiões estão discutindo novamente este impasse e estão trazendo a AB para participar das discussões nos grupos condutores. Este cenário não é diferente na Secretaria Estadual de Saúde. Existe uma dificuldade de articulação da AB com a coordenação da Rede de Urgência, uma vez que se encontram em estruturas separadas e com diferentes coordenadores. A própria nota técnica 404 lançada pelo MS em 2016, que redefine o desenho da RAU em SC, traz apenas o desenho do componente hospitalar, não demonstrando os dados referentes aos componentes pré- hospitalar e Atenção Básica.

*“Não conseguimos avançar para a Atenção Básica. Então ficamos nas portas de emergência e viu-se que daí precisava se discutir as redes de atenção com a proposta mesmo de o paciente ser atendido na porta certa na hora certa e no local certo.” (P15)*

*“Aqui dentro da gerência de atenção básica do Estado, já existe todos os componentes que Atenção Básica tem que monitorar e tudo mais, então na prática todas as redes, elas nascem na AB, e elas tem que de uma maneira ascendente, tem que desenhar todo o caminho do paciente, basicamente aqui no estado a gente não faz esse desenho da Atenção Básica dentro da coordenação da rede de urgência, então quem é responsável aqui por desenhar, como que deve ser o atendimento da urgência e emergência na atenção básica que seria o atendimento pelo médico da família, das pequenas urgências, que podem ser atendidas no posto e tudo mais, não está na coordenação da rede.” (P18)*

*“Quando a rede veio para Joinville fizemos o plano de ação da Atenção Primária, primeiro*

*plano era do fortalecimento da Atenção Primária e em seguida passamos a discutir a Rede de Atenção à Urgência e Emergência depois de um ano mais ou menos, então em 2007 a gente começou a discutir a Atenção Primária e em 2008 a gente passou a discutir a Rede de Urgência e Emergência e se fortaleceu na Rede de Urgência e Emergência meio que deixando a Atenção Básica e lado, porque o plano de fortalecimento da Atenção Primária ficou guardado em uma gaveta.”(P12)*

**A quarta categoria “Melhorando a qualidade da atenção às urgências”** discute os ganhos oriundos da criação de uma rede específica para as urgências e emergências.

Apesar do processo de discussão, implantação e implementação da RAU em Santa Catarina ser permeado por dificuldades, observa-se ganhos positivos para os serviços de saúde e principalmente para a população.

A implantação de protocolos de Classificação de Risco nas portas de entrada da urgência e emergência foi considerada como um ponto positivo para o Sistema Único de Saúde. Os pacientes passam a serem classificados conforme seu grau de urgência e os casos graves tem prioridade de atendimento. Outro serviço importante se refere à criação das centrais de regulação das urgências. Os serviços começam a ser regulados e assim a ocupação dos leitos passa a ser distribuída de forma mais efetiva e rápida.

*“Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de urgência e emergência também foi um grande ganho, porque antes o paciente era eleito, chega lá e por ordem de chegada ele vai até o médico, hoje não, ele é classificado, acolhido e classificado e dentro da prioridade classificada ele chega mais rápido no médico. Acho que são os dois grandes ganhos que se pode dizer para o usuário, é a Regulação e é o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de entrada da urgência e emergência.”(P12)*

*“Bom, o de melhor desde o início é que houve a colocação das placas na emergência da*



*classificação de risco. Antes era o porteiro que dizia quem ia passar na frente e quem ia ser atendido primeiro, quem mais gritasse passava na frente e hoje a gente trabalha realmente com risco, qual o maior risco. Acho que isso foi um ganho grande, e o melhor de tudo é a gente entender e perceber que a gente é referência para outros municípios e como que a gente precisa receber o paciente, sendo atendido mais rápido e no melhor lugar é o que a gente luta até hoje.” (P15)*

*“Outra coisa que o Estado fez que não dá para tirar o mérito, também começou aqui em Joinville e o pessoal acabou ampliando para o Estado todo, foram as Centrais de Regulação de Leitos de Urgência e Emergência, isso também foi uma coisa boa!(08)*

*“A regulação na Rede mudou o contexto porque a Regulação está agilizando os processos de saúde da população, então a discussão da Rede tem sentido com Regulação, sem Regulação não tem sentido porque a Regulação prevê que coloque o paciente certo, no lugar certo, na hora certa e com qualidade, com responsabilidade que é isso que a Rede propõe. Então a Regulação foi o grande ganho para o usuário com a discussão da Rede. Essa foi uma evolução muito importante.(12)*

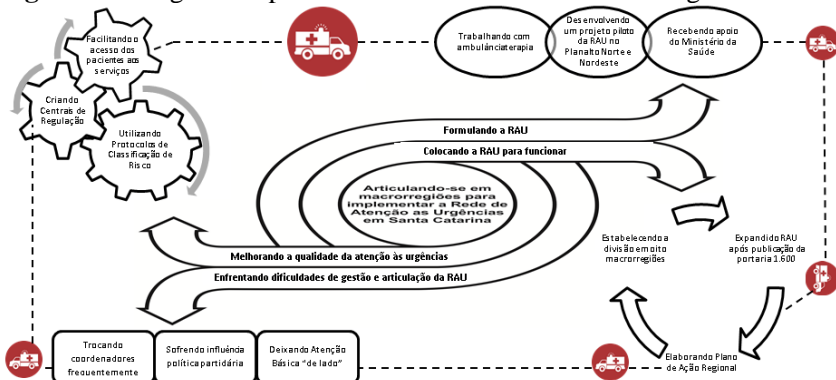
Toda essa discussão e iniciativas de implantação e implementação da RAU no Estado de Santa Catarina, promoveu ao usuário maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, independente se este reside em municípios de pequeno porte ou municípios polo.

*“Agora, houve melhoria nessa questão de acesso também e do acesso dessas regiões, por exemplo eu preciso urgente levar um paciente de um município pequeno para um grande, aí há um acesso facilitado, começa a ter a implantação da Central de Regulação, então eu vejo melhoria com a implantação da Rede. (P11)*

*“Significa um acesso qualificado do munícipe aos serviços, significa que nós estamos utilizando melhor o nosso esculpo e escala, a nossa alta tecnologia, de maneira tal que, o munícipe possa entrar realmente no lugar certo no tempo certo.” (P13)*

A partir da articulação das categorias e subcategorias, aliada ao pensamento reflexivo do que está acontecendo no evento estudado, obteve-se o fenômeno: “Articulando-se em macrorregiões para implementar a Rede de Atenção às Urgências em Santa Catarina”. O diagrama abaixo representa a interação das categorias com o fenômeno.

**Figura 1** – Diagrama representativo do fenômeno e suas categorias.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eu, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pesquisadora responsável, juntamente com uma pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas de Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde – GEPADES, vinculado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “ANÁLISE DE POLÍTICA: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM SANTA CATARINA”. O estudo tem como objetivos principais: Analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências no contexto do Estado de Santa Catarina; descrever os problemas identificados pelo Executivo Federal que impulsionaram a elaboração da Política Nacional de Atenção às Urgências; analisar a forma com que estes problemas foram contemplados na agenda de governo; analisar a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção as Urgências em Santa Catarina e avaliar a implementação da Rede Nacional de Atenção as Urgências e Emergências em SC.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá, em um primeiro momento, por meio de um questionário e, posteriormente, por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizado o processo analítico da Teoria Fundamentada em Dados e métodos estatísticos para análise dos dados quantitativos. Informo que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e poderá contribuir na construção de melhores práticas e relações na equipe de saúde.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sendo necessário que entre em contato com os pesquisadores através do e-mail greicelessa@hotmail.com (Doutoranda Greice Lessa), ou por telefone no número (48)8815-8077. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha inclusão na pesquisa.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome do participante:

\_\_\_\_\_.

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processo de implantação e implementação da rede de urgência e emergência no Estado de Santa Catarina

**Pesquisador:** José Luís Guedes dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53443216.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.599.440

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado por José Luís Guedes dos Santos, do programa de pós-graduação em Enfermagem. Estudo prospectivo, com 50 participantes. Critérios de inclusão: Ser membro do grupo condutor para implantação da RUE em SC, e/ou ter participado da construção do plano de ação macrorregional para implantação da RUE. Critérios de exclusão: Serão excluídos os sujeitos que encontrarem-se em licença ou afastamento profissional de qualquer natureza, no momento da coleta de dados. Trata-se de uma pesquisa de método misto. A abordagem qualitativa terá dois momentos: pesquisa documental e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Na pesquisa documental, serão analisadas portarias nacionais e estaduais referente à Política Nacional de Urgência e Emergência, atas de órgãos colegiados e os planos de ação para implantação da RUE nas oito macrorregiões. Para a TFD, serão entrevistados primeiramente profissionais que exerceram cargos de coordenação e gerência no contexto estadual e federal da implantação e implementação da RUE em SC. Também serão inseridos gestores, profissionais e usuários de serviços de emergência dos diferentes níveis de atenção da rede de atenção às urgências que serão selecionados posteriormente. A partir da coleta de dados qualitativa, será elaborado e validado um questionário que permitirá analisar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências em Santa Catarina. Os participantes dessa etapa serão

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.599.440

gestores e profissionais de saúde que compõe os oito grupos condutores macrorregionais para implantação da RUE no Estado de Santa Catarina.

**Objetivo da Pesquisa:**

Construir um modelo representativo do processo de implantação e implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado de Santa Catarina.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os pesquisadores consideram que os riscos oferecidos por esta pesquisa são de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências em SC.

**Benefícios:**

O projeto fornecerá subsídios para análise sistemática do processo de formulação e implantação da RUE no estado de Santa Catarina, possibilitando melhores práticas gerenciais e assistências no cuidado em emergência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto bem escrito, bem delineado, com metodologia consoante com objetivo. Tem relevância social e acadêmica.

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

- Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o pesquisador responsável está vinculado.
- Declaração do responsável legal pela instituição onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12.
- Cronograma, informando que a coleta de dados se dará a partir de 01/07/2016.
- Orçamento, informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores.
- Roteiro(s) da(s) entrevista(s) a ser(em) feita(s) com os participantes.
- TCLE para os participantes, em linguagem clara e adequada, atendendo todas as exigências da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais

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

Os pesquisadores responderam a todas as pendências.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.599.440

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_663020.pdf	06/05/2016 09:54:53		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	06/05/2016 09:53:30	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	06/05/2016 09:52:28	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalCEP.pdf	22/02/2016 12:37:43	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP_1.pdf	22/02/2016 12:31:06	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_ciencia_concordancia_pesquisa_CEP.pdf	22/02/2016 11:25:21	José Luis Guedes dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Junho de 2016

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br