

Alexandre Santana da Silva

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO DO ALINHAMENTO DA  
POLÍTICA IMPLANTADA NO ESTADO DE MINAS GERAIS COM A POLÍTICA  
NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Belo Horizonte

2012

SILVA, Alexandre Santana da  
S586r Redes de atenção à saúde: um estudo do alinhamento da política implantada no Estado de Minas Gerais com a Política Nacional de Atenção às Urgências / Alexandre Santana da Silva. – Belo Horizonte, 2012.  
99 f.: il.

Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo  
Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2012.  
Orientador: Ana Luiza Gomes de Araújo  
Referência: f 90–94

1. Sistema de Saúde - Minas Gerais. 2. Redes. 3. Atenção à saúde - Minas Gerais. I. Araújo, Ana Luiza Gomes de. II. Título.

CDU 304:614 (815.1)

Alexandre Santana da Silva

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO DO ALINHAMENTO DA POLÍTICA  
IMPLANTADA NO ESTADO DE MINAS GERAIS COM A POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Monografia apresentada ao Curso de  
Administração Pública da Escola de Governo  
Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação  
João Pinheiro, como requisito parcial para  
obtenção do título de bacharel em Administração  
Pública.

Área de concentração: Administração Pública

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ana Luiza Gomes de Araújo

Belo Horizonte

2012

Alexandre Santana da Silva

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:** Um estudo do alinhamento da política implantada no  
Estado de Minas Gerais com a Política Nacional de Atenção às Urgências

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Escola de Governo Professor  
Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Administração Pública.

Área de concentração: Administração Pública

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Ana Luiza Gomes de Araújo, orientadora, Fundação João Pinheiro

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Maria Isabel Rodrigues Araújo, avaliador, Fundação João Pinheiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Moraes Raso Sardinha Pinto, avaliador, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 15 de Junho de 2012

*À Maria Aparecida da Silva, a Tia Cida,  
exemplo de sabedoria, caráter e inteligência,  
que não se aprende num banco de escola.  
Que esteja com Deus.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo incentivo nos momentos em que parecia impossível.

A Fernanda, pela paciência, ajuda e compreensão.

Ao Jardel Cossenzo e Raphael Vasconcelos, pelo companheirismo e amizade.

Aos meus amigos do CSAP, pelas angústias e alegrias compartilhadas.

Aos colegas de trabalho da Coordenação de Urgência e Emergência da SES-MG, pela atenção e colaboração, e em especial à gerente Hellen Fernanda.

A minha orientadora Ana Luiza, que estendeu a mão no momento em que eu mais necessitei e, principalmente, pela compreensão e apontamentos que foram decisivos para a conclusão desse trabalho.

A coordenadora do CSAP Maria Isabel, pela compreensão e ajuda inestimável.

Ao professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Júlio Buére, pelo apoio no desenvolvimento desse trabalho.

A quem não acreditou que eu conseguisse: sempre me mantiveram com a confiança na minha capacidade de superar os desafios.

## RESUMO

Num cenário de aumento dos índices de morbimortalidade relacionados a acidentes e violências, os efeitos sociais e econômicos dessa tendência são alarmantes. A questão da equidade vem à tona em uma sociedade marcada pela desigualdade social e econômica. Assim, o Estado faz-se importante na promoção do direito à saúde de forma integral, considerando que não há fórmula pronta para a resolução dos problemas de saúde da população: é necessário melhorar os instrumentos de gestão, aumentando a eficiência do gasto e inovando nas estratégias para a promoção da saúde. Nesse trabalho, foi realizada uma análise sobre o desenvolvimento das redes de atenção às urgências, estruturada em uma rede de atenção à saúde, no estado de Minas Gerais. Por meio da análise bibliográfica, documental e da legislação estadual e federal referente ao tema, buscou-se analisar o alinhamento da estratégia da política desenvolvida no Estado de Minas Gerais com a Política Nacional de Atenção às Urgências, interpretando em que medida se dá a coordenação da estratégia entre os níveis federativos nessa rede de políticas. Como resultado da pesquisa, identificou-se que a gestão em redes de atenção à saúde parece ser uma alternativa viável para melhorar os instrumentos de gestão, aumentar a eficiência do gasto e inovar nas estratégias de promoção da saúde. Entretanto, concluiu-se pela necessidade de se aprofundar a coordenação dos esforços dos entes federados para que se alcance um maior êxito na promoção dessa política.

**Palavras-chave:** Sistema de saúde - Minas Gerais, Redes, Atenção à saúde - Minas Gerais.

## ABSTRACT

In a background of increasing rates of morbimortality related to accidents and violence, the social and economic effects of this trend are alarming. The issue of equity comes up in a society marked by social and economic inequality. Thus, the State makes itself important in promoting the right to integral health, considering that there is no formula for solving the problems of population health: it is necessary to improve the management tools, increase the efficiency of spending and innovate in strategies for health promotion. In this study, was made an analysis on the development of emergency healthcare networks, structured in a healthcare network in the state of Minas Gerais. Through literature review, document and state and federal legislation related to the theme, was analyzed the alignment of policy strategy developed in the State of Minas Gerais with the National Policy for Healthcare Emergencies, interpreting how the coordination of the strategy occurs between these federative levels in this policies network. As result of the research, was identified that the management in networks of healthcare seems to be a viable alternative to improve the management tools, to increase the efficiency of spending and to innovate in strategies to promote health. However, the conclusion is to the need for further coordination of efforts of the federated entities for achieving greater success in promoting this policy.

**Keywords:** Health system - Minas Gerais, Networks, Healthcare - Minas Gerais.

## RESUMEN

En un escenario de ampliación de las tasas de morbimortalidad relacionadas con accidentes y violencia, los efectos sociales y económicos de esta tendencia son alarmantes. El tema de la equidad surge en una sociedad marcada por la desigualdad social y económica. Por lo tanto, el Estado se hace importante en la promoción del derecho a la salud de forma integral, teniendo en cuenta que no existe una fórmula para resolver los problemas de salud de la población: la mejora de las herramientas de gestión, aumentando la eficiencia del gasto y la innovación en estrategias para la promoción de la salud. En este estudio, se realizó un análisis sobre el desarrollo de las redes de atención a las urgencias, estructurado en una red de atención a la salud en el estado de Minas Gerais. A través de la revisión de la literatura, de documentos y la legislación estatal y federales relacionadas con el tema, se ha tratado de analizar la alineación de la estrategia política desarrollada en el Estado de Minas Gerais con la Política Nacional de Atención a las Urgencias, interpretándose la medida en que la coordinación de la estrategia se produce entre los niveles federativos en esta red de políticas. Como resultado de la investigación, se ha identificado que la gestión en redes de atención a la salud parece ser una alternativa viable para mejorar las herramientas de gestión, para aumentar la eficiencia del gasto y para innovar en las estrategias de promoción de salud. Sin embargo, se concluyó por la necesidad de una mayor coordinación de los esfuerzos de los entes federados para lograr un mayor éxito en la promoción de esta política.

**Palabras clave:** Sistema de Salud - Minas Gerais, Redes, Atención a la salud - Minas Gerais.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - O Sistema Piramidal Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica ...                   | 34 |
| <b>Figura 2</b> - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde .....   | 38 |
| <b>Figura 3</b> - Fundamentos das redes de atenção à saúde .....   | 40 |
| <b>Figura 4</b> - A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários..... | 42 |
| <b>Figura 5</b> - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde em Minas Gerais.....                        | 63 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> - Plano de utilização do conceito de rede.....  | 27 |
| <b>Quadro 2</b> - As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.....   | 35 |
| <b>Quadro 3</b> - Constituição das redes de atenção à saúde.....  | 39 |
| <b>Quadro 4</b> - Organização das Redes de Atenção às urgências. ....   | 46 |
| <b>Quadro 5</b> - Tipologia e incentivo financeiro dos hospitais da Rede de Atenção à Urgência e Emergência.....  | 54 |
| <b>Quadro 6</b> - Características do componente Sala de Estabilização .....   | 56 |
| <b>Quadro 7</b> - Classificação dos Serviços de Atenção Domiciliar .....  | 58 |
| <b>Quadro 8</b> - Equivalências de componentes e programas das políticas de atenção às urgências do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais..... | 76 |
| <b>Quadro 9</b> – Quadro comparativo entre as Salas de Estabilização (MS) e hospitais nível IV (SES-MG).....  | 78 |
| <b>Quadro 10</b> - Oficinas de trabalho do processo de implantação das Redes Regionais de Atenção às Urgências. ....  | 79 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Custeio dos componentes SAMU 192 .....   | 51 |
| <b>Tabela 2</b> – Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24h .....  | 53 |
| <b>Tabela 3</b> - Macrorregiões de Saúde (2010).....   | 72 |
| <b>Tabela 4</b> - Cronograma de implantação das redes de atenção às urgências no Estado de Minas Gerais, segundo macrorregiões de saúde..... | 73 |

## LISTA DE EQUAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Equação 1</b> - Anos Potenciais de Vida Perdidos ..... | 74 |
|---|----|

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde  
APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar  
EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio  
ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional  
FN-SUS - Força Nacional do Sistema Único de Saúde  
FJP – Fundação João Pinheiro  
GM – Gabinete do Ministro  
GRS – Gerência Regional de Saúde  
HPP – Hospital de Pequeno Porte  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
ONG – Organização não governamental  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SE – Sala de Estabilização  
SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
YYL – Years of Life Lost

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>1. METODOLOGIA .....</b>   | <b>21</b> |
| 1.1. TIPOS E TÉCNICAS DE PESQUISA .....   | 21        |
| 1.2. UNIDADE DE ANÁLISE E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS .....  | 22        |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>   | <b>24</b> |
| 2.1. REDES: CONCEITOS E SIGNIFICADOS .....  | 24        |
| 2.1.1. A origem do conceito de rede.....  | 25        |
| 2.2. REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....   | 29        |
| 2.3. OS SISTEMAS DE SAÚDE FRAGMENTADOS .....  | 32        |
| 2.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITO, CONSTITUIÇÃO E<br>FUNDAMENTOS .....  | 36        |
| <b>3. MARCO REGULATÓRIO.....</b>  | <b>45</b> |
| 3.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS .....  | 45        |
| 3.1.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de<br>Regulação Médica das Urgências ..... | 49        |
| 3.1.2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) .....   | 52        |
| 3.1.3. Componente Hospitalar .....  | 54        |
| 3.1.4. Sala de Estabilização (SE).....  | 55        |
| 3.1.5. Atenção Domiciliar.....  | 57        |
| 3.1.6. Força Nacional de Saúde .....  | 59        |
| 3.2. POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....   | 60        |
| 3.3. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR) .....  | 71        |
| <b>4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>  | <b>75</b> |
| 4.1. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO.....   | 75        |
| 4.2. ANÁLISE DO MODELO DE REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS<br>DESENVOLVIDO NO ESTADO DE MINAS GERAIS .....                | 80        |
| 4.2.1. Pontos de atenção em saúde .....   | 80        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 4.2.2.    | Sistemas de governança.....   | 82        |
| 4.2.3.    | Sistema logístico.....  | 82        |
| 4.2.4.    | Sistema lógico .....  | 83        |
| 4.2.5.    | Territórios sanitários.....   | 84        |
| <b>5.</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                     | <b>86</b> |
|           | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>90</b> |
|           | ANEXO A – Evolução da Política Nacional de Atenção às Urgências ..... | 95        |
|           | ANEXO B – Organograma da SES-MG .....                                 | 97        |
|           | ANEXO C – Mapa estratégico da SES-MG .....                            | 98        |
|           | ANEXO D – Mapa Estratégico de Desenvolvimento (PMDI 2011-2030).....   | 99        |

## INTRODUÇÃO

No decurso das duas últimas décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) - formado pelo “conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública” e “organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas (...) em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo” - materializou-se como o instrumento do Estado para a concretização do direito à saúde sob o princípio da universalidade, além de outros direitos básicos de cidadania como a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011; GONDIM, 2011).

Construído a partir da luta do movimento sanitário - como contraponto à política de saúde de caráter assistencialista e voltado à medicina curativa levada a cabo pelo regime militar - apresentou propostas no sentido de democratizar o atendimento à saúde da parcela da população mais desprovida, orientada pela participação popular, pelo caráter público do sistema, pela universalização e descentralização dos serviços (BRASIL, 2011).

O momento da distensão democrática do governo de Ernesto Geisel (1974-1979) permitiu que o movimento sanitário apresentasse essas propostas pela estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão e pela articulação com lideranças políticas para planejar e influenciar a adoção de políticas de saúde. Com a retomada da democracia em 1985, estes formuladores assumiram efetivamente a responsabilidade pela construção da política pública de saúde do país (BRASIL, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi o marco deste movimento que culminou com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde como estrutura responsável pela ação institucional de promoção do direito à saúde em seu sentido mais amplo. (SOUZA, 2002). Os resultados das discussões desta Conferência serviram de subsídio aos debates da Assembleia Nacional Constituinte e foram fundamentais para o reconhecimento da saúde. Tal reconhecimento foi positivado na Constituição Federal de 1988, como “um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população” (GONDIM, 2011). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, determinou-se a criação do Sistema Único de Saúde, fundamentado sob o princípio da universalidade:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Isso veio a ampliar a assistência médico-hospitalar pública, antes restrita aos trabalhadores da economia formal, segurados do então denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e seus dependentes. (SOUZA, 2002, p. 41). A regulamentação da norma constitucional veio com a edição da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e seguida por diversas normas que fundamentam legalmente a existência, organização e funcionamento do SUS.

No esteio do texto constitucional, buscando enfrentar um “aumento constante na demanda por serviços de urgência”, “uma conseqüente pressão (...) sobre as estruturas e os profissionais de saúde” e um cenário em que a “urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 210), o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS n. 2.923/1998). Este programa previa investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar, nas Centrais de Regulação de Urgências e Emergências, nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual e na capacitação das equipes de profissionais que atuam nestes setores. Outros ensaios de uma reorganização do sistema público de atendimento às urgências e emergências se sucederam com a publicação de portarias que criaram “mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar, em atendimento de urgência e emergência, que estabelecem critérios para a classificação e inclusão dos hospitais no sistema” (Portaria GM/MS n. 2.925/1998 revogada pela Portaria GM/MS n. 479/1999) e “normas para o atendimento que estabeleceram conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normalizaram o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência” (Portaria GM/MS n. 824/1999, revogada pela Portaria GM/MS n. 814/2001).

Em conjunto com uma avaliação do impacto dos investimentos realizados até o momento, que concluiu que os resultados foram pulverizados e de baixo impacto na qualificação da atenção às urgências, foram realizadas seguidas revisões e elaboração de diretrizes técnicas num processo de discussão entre técnicos e o Ministério da Saúde (NITSCHKE e SANTOS JR, p. 46). Esse processo culminou na edição do Regulamento

Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS n. 2.048/2002), que estabeleceu:

(...) Princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento; classificação e cadastramento de serviços, por meio de uma Assistência de Média e Alta Complexidade rede assistencial integrada, estruturada desde a rede pré-hospitalar, unidades básicas de saúde, Estratégia Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias, unidades não hospitalares, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, resgate, ambulâncias do setor privado etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um desses componentes da rede assistencial pela atenção de uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. (BRASIL, 2011, p. 90).

Esse processo levou ao estabelecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2003 (Portaria GM/MS n. 1.863/2003), a ser implantada em todos os Estados, considerando as competências dos entes federados. Esta política tem por objetivo 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, dentre outros. Este documento instituiu que essa rede será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências:

A rede de atenção às urgências não se constitui apenas de um conjunto de serviços hospitalares ou especializados e qualificados, implicando também na adoção de uma postura acolhedora e resolutiva de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS aos casos agudos e/ou crônico agudizados de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que possam levar a sofrimento ou mesmo à morte provendo atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede loco regional de Urgência. (PORTARIA GM/MS Nº 2.922, 2008).

Nessa política, exige-se que os pontos de atenção estejam interligados por sistemas de informação e comunicação que garantam o reconhecimento das diversas situações de urgência médica e deem a atenção adequada à situação. Entende-se como “pontos de atenção” as unidades de saúde contempladas com Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento, as unidades móveis do SAMU 192 e as portas hospitalares de urgência, todas elas qualificadas pelos esforços convergentes de configuração de redes de atenção integral às urgências.

A Política Nacional de Atenção às Urgências traduziu-se na implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais, com abrangência macrorregional (de acordo com o Plano Diretor de Regionalização 2009) e normas para seu estabelecimento definidas na Resolução SES-MG n. 2.607/2010, de 7 de dezembro de 2010. No Estado de Minas Gerais, a política foi implantada considerando o elevado índice de mortalidade no atendimento às urgências e emergências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência. Ao superar o modelo burocrático e hierárquico das políticas públicas, as redes de atenção à saúde auxiliam no sentido de flexibilizar os tecidos organizacionais e compartilhar objetivos, informações, compromissos e resultados entre as diversas organizações envolvidas (MENDES, 2011, p. 79), aumentando a eficiência na atenção às condições agudas de saúde.

As Redes Regionais de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais são compostas pela Atenção Primária em Saúde, pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), pelos pontos de atenção hospitalar (classificados em observância com uma tipologia e função na Rede), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional, pelo complexo regulador (como estrutura de representação da governança da rede) e pelo Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências (MINAS GERAIS, 2011).

Quanto ao cronograma de implantação, estabeleceu-se que:

(...) a ordem de implantação das Redes obedecerá aos resultados do estudo baseados no indicador YLL – years of life lost, das macrorregiões em ordem decrescente, de tal forma que a prioridade seja dada às macrorregiões com piores índices (MINAS GERAIS, 2011, p. 16).

A primeira Rede Regional de Urgência e Emergência no Estado foi implantada em 2009, na macrorregião Norte do Estado com a inauguração do SAMU Macro Norte de Minas, ainda antes da edição da norma geral para estabelecimento das outras 12 redes de atenção às urgências. Essa macrorregião abrange 86 municípios e compreende uma população de 1.548.945 habitantes, em uma área de 122.176 km<sup>2</sup>. O planejamento do Governo de Minas para o quadriênio 2011-2014 prevê a implantação de mais 11 Redes Regionais de Urgência e Emergência, com o objetivo de atender toda a população do Estado (MINAS GERAIS, 2011).

Neste contexto, consiste como objetivo deste trabalho analisar e compreender como se desenvolveu a lógica de implantação das redes de atenção à saúde no Estado de Minas Gerais, com ênfase nas macrorregiões Norte, Nordeste/Jequitinhonha e Centro-Sul, que já se

encontram implantadas. Além disso, buscar-se-á analisar o alinhamento da política implantada no Estado com a Política Nacional de Atenção às Urgências, procurando identificar em que medida se dá a coordenação entre os diversos nós dessa rede de políticas. As análises serão feitas por meio do mapeamento da rede e do processo decisório da política pública de atendimento às urgências e emergências no Estado de Minas Gerais, no contexto do plano estratégico de governo relacionado à área de saúde. Busca-se, com este estudo, tentar prover uma análise para que a Secretaria de Estado de Saúde possa embasar-se para aperfeiçoar as políticas de saúde estruturadas em redes de políticas voltadas ao atendimento às urgências, contribuindo para um melhor desempenho desse projeto estruturador.

Quanto aos seus objetivos específicos, tem-se:

- a) Identificar e analisar o arcabouço legal das Políticas Nacional e Estadual de Atenção às Urgências, bem como o papel dos atores envolvidos na implantação e monitoramento desta política em nível estadual.
- b) Identificar o modelo institucional para as Redes de Atenção às Urgências das Macrorregiões Norte, Nordeste/Jequitinhonha e Centro de Minas Gerais.
- c) Identificar e analisar o nível de alinhamento da política implementada no Estado com a Política Nacional de Atenção às Urgências e o modelo adotado para essa política sob o viés do estudo das redes.

Esta monografia está dividida em seis seções, além desta introdução. A **segunda seção** trata da revisão dos conceitos envolvidos neste trabalho, considerando a polissemia do termo rede e seus recortes. Nesta seção, buscou-se entender a dimensão que a organização reticular recebeu na contemporaneidade, sua importante implicação nas políticas públicas e, mais especificamente, nas redes de atenção à saúde.

A **terceira seção** apresenta a metodologia de pesquisa adotada na análise proposta neste trabalho.

Na **quarta seção**, será apresentada uma revisão da legislação federal relativa ao tema, bem como do arcabouço normativo existente para esta política no Estado de Minas Gerais.

Na **quinta seção**, analisar-se-á os modelos institucionais implantados nas redes de atenção às urgências das macrorregiões Norte, Nordeste/Jequitinhonha e Centro de Minas Gerais, buscando identificar o nível de alinhamento com a Política Nacional de Atenção às

Urgências. Ademais, far-se-á uma análise do modelo adotado no Estado para essa política sob o viés do estudo das redes.

Finalmente, a **sexta e última seção** será destinado à realização das considerações finais sobre o presente trabalho. Em seguida, serão apresentadas as referências em que se baseou este estudo.

## 1. METODOLOGIA

Este capítulo tem o objetivo de definir o tipo de pesquisa a ser realizado, o tratamento dos dados e os procedimentos a serem adotados para a realização da análise. Além disso, procura-se abordar, de forma sucinta, as razões pelas quais se escolheu as redes de atenção às urgências das macrorregiões Norte, Nordeste/Jequitinhonha e Centro como unidade de análise.

### 1.1. TIPOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Quanto à tipologia da pesquisa a ser realizada, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, que “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1988, p. 46). Para Salomon (2010), este tipo de pesquisa compara-se às pesquisas exploratórias e tem por objetivo a definição mais exata do problema, a descrição dos comportamentos e fenômenos e a definição e classificação de fatos e variáveis. Ainda, Marconi e Lakatos (1996) ressaltam seu objetivo de aprofundar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno em questão. Por sua vez, Bertucci (2011) sustenta que as pesquisas descritivas não são menos qualificadas que outros tipos de pesquisa, apesar de imprimirem numa primeira abordagem a imagem de que somente relatam ou descrevem uma situação.

Quanto à técnica (ou delineamento) da pesquisa, será realizado um estudo de caso, que é definido por Gil (1988, p. 58) como “(...) estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”. Os estudos de caso caracterizam-se por serem primordialmente qualitativos e preferencialmente utilizam dados coletados por meio de consulta a fontes primárias e/ou secundárias, de entrevistas e da observação do fenômeno (BERTUCCI, 2011, p. 53). A autora, entretanto, ressalta a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, limitando-se ao caso em sua singularidade.

Ademais, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para a identificação do contexto teórico em que a pesquisa se situa, em que foram consultadas obras e artigos relativos ao tema de redes de políticas públicas e, mais especificamente, das redes de atenção à saúde, bem como o desenvolvimento deste conceito na saúde pública brasileira que culminou com o desenvolvimento de uma Política de Atenção às Urgências coordenada nas esferas federal, estadual e municipal.

Ainda, foi realizada uma pesquisa documental que se valeu da análise de leis, decretos, portarias e resoluções das esferas federal e estadual, bem como de 33 atas de reuniões dos comitês gestores regionais (27 atas da macrorregião Norte, 5 atas da macrorregião Centro-Sul e 1 atas das macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha), uma avaliação executiva (“Avaliação Executiva de Projetos de Governo do Estado de Minas Gerais: Relatório Completo – Regionalização: Urgência e Emergência”, de outubro de 2010, realizada pela Secretaria de Estado de Planejamento - SEPLAG) e outros documentos de publicação restrita como relatórios de consultorias externas (“Gestão de Mudança Organizacional para apoio à implantação de sistema de Gestão Hospitalar”, de maio de 2011, realizado pela consultoria Dextera; e “Plano de Melhoria: Gestão do atendimento de urgências e emergências no Estado”, de 2011, realizado pela consultoria Macroplan), que identificam as competências e atribuições dos diversos atores envolvidos no processo. Além disso, a pesquisa permitiu a análise dos critérios adotados para comparar as macrorregiões definidas como unidades de análise.

## 1.2. UNIDADE DE ANÁLISE E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

De acordo com Bertucci (2011, p. 59), a “unidade de análise define claramente onde e em que nível o trabalho será realizado”. As unidades de análise adotadas como objetos de estudo foram as redes regionais de resposta às urgências e emergências das macrorregiões Norte, Nordeste/Jequitinhonha e Centro-Sul de Minas Gerais, as quais realizaram a contratualização com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por intermédio da Coordenação de Urgência e Emergência, pertencente à estrutura da Subsecretaria de Políticas e Ações e vinculada à Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. A justificativa para a escolha dessas macrorregiões deve-se ao fato de serem as únicas que já se encontram em

pleno funcionamento. Além disso, a disparidade econômica e social existente entre elas supostamente poderia também refletir em diferenças entre o modelo organizacional adotado por elas, dada a relativa autonomia que os atores possuem para contratualizar o modelo de gestão da rede de atenção à urgência em suas macrorregiões.

Portanto, limitou-se a abrangência do trabalho ao nível da organização, que geralmente tem por objetivo “identificar, descrever e analisar situações organizacionais, apontando as questões relevantes e propondo alternativas que possam contribuir para minorar o(s) problema(s) identificado(s)” (BERTUCCI, 2011, p. 60).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a coleta documental. A coleta documental pode ser aplicada por meio de fontes primárias e secundárias. Segundo Bertucci (2011, p. 62), “as fontes primárias de documentos constituem-se de documentos ainda não tratados, que não se tornaram públicos, aqueles de circulação interna e restrita”. São documentos internos da instituição como regulamentos, regimentos, estatutos, minutas e outros, bem como documentos de arquivos públicos. Já as fontes secundárias incluem os “documentos de alguma forma já disponibilizados ao público não importa sua extensão, informações disponíveis na Internet, livros, artigos, jornais, documentos de empresa que já foram de alguma forma publicados constituem alguns exemplos” (BERTUCCI, 2011, p. 62). Esta coleta abrangeu a análise de leis, decretos, resoluções e portarias que delineou o papel do ator tomado por unidade de análise, bem como outros documentos internos da Secretaria de Estado de Saúde.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. REDES: CONCEITOS E SIGNIFICADOS

O paradigma<sup>1</sup> de rede tem emergido como arquétipo para capturar a crescente e atual organização em uma rede global de interação, a ponto de definir um novo período histórico da sociedade: a “era das redes”, segundo definição de Castells (2005). Como paradigma, a rede passa a ser relevante em diversas áreas de estudo das ciências como o da tecnologia da informação e das redes sociais e organizacionais.

Castells (2005, p. 566) define rede como “um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos”. Por sua vez, Alves e Santos (2010, p. 74) conceituam rede “como um conjunto estável de relacionamentos ou ligações entre duas ou mais entidades”.

A flexibilidade instituída em termos organizacionais pela empresa em rede e geometria variável desses sistemas leva à descentralização coordenada do trabalho e à individualização dos trabalhadores (CASTELLS, 2005). Ainda, Teixeira (2002, p. 1) propõe que “as transformações recentes no papel do estado e em suas relações com a sociedade, impõem novos modelos de gestão que comportem a interação de estruturas descentralizadas e modalidades inovadoras de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais ou sociais”.

A seguinte revisão teórica da origem do conceito puro de redes, bem como sua aplicação na gestão pública e nas políticas de saúde busca clarificar e fortalecer a sua utilização como abordagem estrutural, no esteio da crítica realizada pelos teóricos quanto à sua aplicação ampla e indiscriminada. Pretende-se assim expandir a potencialidade deste conceito que, para Kenis e Schneider (1991), parece ter-se tornado o “novo paradigma para a arquitetura da complexidade”.

---

<sup>1</sup> Aqui compreendido conforme Kuhn, que considera paradigmas como “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982. p. 13.)

### 2.1.1. A origem do conceito de rede

Musso (2004) narra que a origem do conceito de rede representou:

a história de um processo de desmaterialização, conduzindo de uma observação de uma forma em rede na natureza, principalmente no corpo humano, para sua transformação em artefato, graças ao domínio da ordem que ela representa (MUSSO, 2004, p. 20).

Segundo o autor, o termo *réseau* (rede) surge na língua francesa no século XII, proveniente do latim *retiolus*, diminutivo de *retis*, e do francês antigo *réseu*, para designar redes de caça ou pesca e tecidos, fios entrelaçados para os tecidos, cordéis ou cestas e malhagens têxteis que envolvem o corpo (MUSSO, 2004). No século XVI, o termo identificava “os véus e rendas com que as mulheres cobriam a cabeça”, em francês antigo.

No português medieval, os registros do vocábulo datam do século XIII originando-se da forma latina *rete* ou *retis*, para designar teia (de aranha), rede, laço ou sedução. A partir do século XIV, registra-se a grafia *rrede* em documentos históricos para definir “entrelaçado de fios (de linho, algodão, fibras artificiais ou sintéticas), cordões, arames etc., formando uma espécie de tecido de malha aberto, composto em losangos ou em quadrados de diversos tamanhos” e, por analogia, “objetos entrecruzados quaisquer” (HOUAISS e VILLAR, 2001). Desta noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, o vocábulo desenvolveu-se e adquiriu novos sentidos, sendo aplicado para designar diversos elementos.

Somente a partir do século XVII que o termo rede passa a ser utilizado na medicina para nomear e ilustrar o aparelho sanguíneo e as fibras que compõem o corpo humano, apresentado ineditamente à ciência pelo naturalista e médico italiano Marcello Malpighi (1628-1694) para designar o “corpo reticular da pele” (MUSSO, 2004).

Além da medicina, outras ciências como a cristalografia também empregam a rede para comparar as formas na natureza. No fim do século XVIII, o estudo dos cristais acena a desenvolver uma ciência generalizada das formas e das redes para comparar a estrutura dos cristais. (MUSSO, 2004)

O cérebro ou a circulação sanguínea são paradigmas de rede, desde a Antiguidade (Hipócrates) ao contemporâneo (a cibernética de Norbert Wiener). A rede é fundada sobre a

metáfora da forma observada “presente sobre ou dentro do corpo, como um vínculo invisível dos lugares visíveis”. Disto, a partir da observação de seus efeitos, concebe-se uma “ordem de rede” definida a partir do século XVII por Descartes e Leibniz como “um modelo de racionalidade, representativo de uma ordem formalizável que a teoria matemática cuidará de pôr em evidência” (MUSSO, 2004, p. 21). Destaca que, com o decurso do século XVIII para o século XIX, ocorre a mudança de paradigma da rede:

A grande ruptura (...) é sua saída do corpo. A rede não é mais apenas observada sobre ou dentro do corpo humano, ela pode ser construída. Distinguida do corpo natural, ela se torna um artefato, uma técnica autônoma. A rede está fora do corpo. O corpo será até mesmo tomado pela rede técnica enquanto se desloca nas suas malhas, no seu território. De natural, a rede vira artificial (...) porque ela se torna objeto pensado em sua relação com o espaço (MUSSO, 2004, p. 20).

A organização do espaço em rede dá-se no século XVIII, com a proliferação das representações geométricas do território. Achille-Niolas Isnard (1759-1803) e Pierre Alexandre d’Allent (1772-1873), na obra *Ensaio de Reconhecimento Militar*, de 1802, concebem o território como um rascunho de balizas imaginárias ordenadas em rede, para organizá-la e numerá-la constituindo-se em mapa. Neste momento, a rede já é utilizada na acepção moderna de rede de comunicação (MUSSO, 2004).

O germe da abordagem científica da metáfora da rede deu-se com a publicação de *A solução de um problema relacionado à geometria da posição*<sup>2</sup> em 1736, por Leonhard Euler, que analisa o problema das Sete Pontes de Königsberg (RECUERO, 2009). A cidade de Königsberg, na Prússia (atual Caliningrado, Rússia), é situada em ambas as margens do rio Pregolya, além de duas grandes ilhas conectadas entre si e às margens do rio por sete pontes. O problema configurava-se em atravessar a cidade por meio das sete pontes cruzando cada uma apenas uma vez. As ilhas somente poderiam ser alcançadas pelas pontes e cada ponte deveria ser cruzada completamente cada vez. Euler provou que o problema não tem solução, ao conectar as quatro superfícies terrestres (nós ou pontos) com as sete pontes (arestas ou conexões) e demonstrando a impossibilidade de realizar tal rota. (RECUERO, 2009)

Este foi o primeiro teorema da teoria dos grafos:

O teorema, essencialmente simples, partia do princípio que, para entrar em uma determinada parte da cidade e sair sem passar pela mesma ponte, seria necessário

---

<sup>2</sup> EULER, Leonhard. *Solutio problematis ad geometriam situs pertinentis*. *Commentarii academiae scientiarum Petropolitanae* 8, 1741, p. 128-140.

que essa parte tivesse, pelo menos, duas pontes (o número de conexões que um determinado nó possui é também compreendido como grau do nó). (...) Cada círculo representa uma parte da cidade, e as conexões entre elas (arestas) representam as pontes. O início e o fim do caminho poderiam ter apenas uma ponte (já que não seria necessário “sair” ou “entrar” nessas duas partes, a menos que ficassem na mesma porção de terra, sendo assim necessário ter duas pontes). Como cada nó no grafo de Königsberg tem um número ímpar de arestas (quatro nós possuíam três arestas e um nó, cinco arestas), a travessia, nas condições propostas, era impossível (o problema, portanto, apenas poderia ser resolvido se não houvessem nós com um número ímpar de conexões.) (RECUERO, 2009, p. 19).

O grafo constitui-se de nós e arestas que os conectam e representam uma rede, constituindo-se em metáfora para diversos modelos, métodos e teorias. A teoria dos grafos atualmente é a referência na análise das redes ao buscar estudar as propriedades formais das suas diferentes espécies, baseada na teoria dos números, lógica relacional e álgebras booleana (ALVES e SANTOS, 2010, p. 77). É por meio do uso da teoria dos grafos que ideias como “distância” entre duas pessoas, sua “centralidade” relativa, a formação de “grupos exclusivos” e as “densidades” de todas as redes podem ser medidas (SCOTT, 1996, p. 211).

Embora ao se considerar o avanço que a metáfora do conceito de rede pode indicar, a sua aplicação é criticada devido ao uso indiscriminado a qualquer espécie de agrupamento. A apropriação do termo pelos diversos atores coletivos para designar um tipo de relação ou prática social, e pela ciência como conceito teórico e metodológico, determinam conflitos conceituais. Não obstante tais limitações, opta-se neste trabalho pelo uso de tal conceito por representar metaforicamente o plano de rede técnica, como instrumento de planejamento. Resumidamente, pode-se classificar a utilização do conceito de rede em quatro planos:

**Quadro 1** - Plano de utilização do conceito de rede

| <b>Planos</b>                     | <b>Características</b>   |
|-----------------------------------|--|
| Teoria substantiva                | Conceito teórico, definidor de uma realidade.                            |
| Metodologia de análise científica | Instrumento para a organização e interpretação dos dados para a análise. |
| Rede técnica                      | Conceito operacional-instrumental para o planejamento.                   |
| Estratégia de ação coletiva       | Conceito propositivo de atores coletivos e movimentos sociais.           |

Fonte: Elaboração própria. Baseado em SCHERER-WARREN (1999).

O conceito de rede nos planos da metodologia e teoria compartilham a mesma origem na pesquisa científica e partem da mesma atividade: o primeiro deve partir de uma problematização definida teoricamente e o segundo deve ser comprovado empiricamente por um método investigativo (SCHERER-WARREN, 1999).

Já o conceito sob os planos de rede técnica e rede enquanto estratégia coletiva vincula-se ao uso do conceito pelos atores sociais, de forma operacional e instrumental. No plano da rede técnica, seu uso é largamente empregado por planejadores urbanos para “desenho de estruturas e uso de equipamentos e serviços urbanos”. Atualmente, as ONGs e os movimentos sociais envolveram o conceito de rede e atribuíram-lhe atributos ideológicos, simbólicos e organizativos (SCHERER-WARREN, 1999).

Apesar desse recorte, todos os planos partilham a noção de que são tipos de relacionamentos, laços econômicos ou laços emocionalmente subjetivos, passíveis de serem medidos objetivamente. Essa análise concebe-se como uma ferramenta de avaliação empírica, que apresenta e afere a estrutura social sob os grupos de relacionamentos entre pessoas, organizações e outros tipos de instituições (BUTTS, 2001).

A análise de redes sociais, a partir de meados do século XX, tornou-se uma das principais metodologias para dimensionar a estruturação das relações sociais, prevalecendo o enfoque sobre as relações interorganizacionais (TICHY, 1981). Baseada em Mandell (1990), Teixeira (2002) caracteriza as redes intraorganizacionais como aquelas em que o controle é exercido por uma autoridade legítima, cujo poder relaciona-se à capacidade do chefe em controlar o processo.

Assim, a gestão dessa espécie de rede é realizada por um gestor exclusivo, com a descentralização de funções e ações dentro de um contexto organizacional particular. Por outro lado, as redes intraorganizacionais são construídas sob unidades semiautônomas e independentes, em um fluxo hierárquico horizontal e diverso, não descentralizado. O exercício do poder baseia-se primordialmente na confiança nos outros membros. A gestão de uma rede interorganizacional pode envolver a sobreposição de outras redes, pois os gestores podem estar presentes em diversas outras redes simultaneamente. As redes de políticas encontram-se nesse contexto, as quais serão abordadas na próxima subseção.

## 2.2. REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Entre parte dos estudiosos, muitas vezes há uma concepção vaga e ambígua da definição de rede de políticas.

Enquanto alguns consideram redes de políticas como uma mera metáfora para denotar o fato de que a política envolve um grande número e variedade de atores, outros reconhecem-nas como uma valiosa ferramenta para analisar as relações entre atores que interagem uns com os outros em um setor de determinada política. Um terceiro grupo percebe redes de políticas como um método de análise da estrutura social, mas não concordam sobre o uso de análise de redes como um método quantitativo ou qualitativo. Apenas uma pequena minoria confere um certo poder teórico sobre o conceito (BÖRZEL, 1998, p. 254).

Este autor ainda ressalta que, independentemente da disciplina em questão, estas compartilham aspectos comuns do conceito de rede de políticas como:

Um conjunto de relacionamentos relativamente estáveis que são de natureza interdependente e não hierárquica ligando uma variedade de atores, que compartilham interesses em comum com respeito a uma política e que trocam recursos para buscar esses interesses compartilhados reconhecendo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar objetivos comuns<sup>3</sup> (BÖRZEL, 1998, p. 254).

A criação de redes de políticas está relacionada ao avanço tecnológico das comunicações que garantam interações virtuais em tempo real, pois são frutos de:

Outro tipo de fatores identificados com a complexificação dos processos administrativos em um meio ambiente cuja dinâmica impossibilita qualquer ator isolado de controlar os processos e a velocidade das mudanças (TEIXEIRA, 2002, p. 1).

A autora completa:

Todos estes fatores têm confluído para gerar a proliferação de redes gestoras de políticas públicas, especialmente no campo das políticas sociais, no qual incidem fortemente. Neste sentido, as redes têm sido vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos onde os recursos são escassos, os problemas são complexos, existem múltiplos atores envolvidos, interagem agentes públicos e

---

<sup>3</sup> “a set of relatively stable relationships which are of non-hierarchical and interdependent nature linking a variety of actors, who share common interests with regard to a policy and who exchange resources to pursue these shared interests acknowledging that co-operation is the best way to achieve common goals”

privados, centrais e locais, há uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (TEIXEIRA, 2002, p. 1).

Klijn et al. (1995, p. 439), citados por Teixeira (2005, p. 80), definem as redes de políticas como sendo “padrões mais ou menos estáveis de relações entre atores mutuamente dependentes que se formam ao redor de problemas políticos ou grupos de recursos e cuja formação, manutenção e câmbio é obra de uma série de jogos”, em que os jogos são compreendidos como “uma série de ações contínuas e consecutivas entre diferentes atores, realizadas de acordo com e guiadas por regras formais e informais que surgem em torno de temas ou decisões nos quais os atores têm interesse”.

Outra compreensão deste fenômeno, sob a perspectiva da corrente de governança, é dada por Teixeira (2005, p. 79) que define as redes de políticas como “uma forma particular de governança dos sistemas públicos modernos, centrando-se na estrutura e processos através dos quais as políticas se estruturam”. Para a autora, “as principais características das redes de políticas são a horizontalidade e a interdependência entre os múltiplos nódulos ou participantes, o que as distingue de outros formatos de gestão de políticas, como a contratação e as parcerias” (TEIXEIRA, 2002, p. 12).

Para Jacobi (2000, p. 156), as redes “representam a capacidade de os movimentos sociais e organizações da sociedade civil explicitarem suas riquezas intersubjetivas, organizacionais e políticas e concretizarem a construção de intersubjetividades planetárias, buscando consensos, tratados e compromissos de atuação coletiva”.

Consideram-se como características vantajosas das redes de políticas:

- dada a pluralidade de atores envolvidos nas redes é possível a maior mobilização de recursos e garante-se a diversidade de opiniões sobre o problema
- devido à capilaridade apresentada pelas redes, a definição de prioridades é feita de forma mais democrática, envolvendo organizações de pequeno porte e mais próximas da origem dos problemas;
- por envolver, conjuntamente, governo e organizações não-governamentais, pode-se criar uma presença pública sem criar uma estrutura burocrática (SALAMON, 2005)
- devido a flexibilidade inerente à dinâmica das redes elas seriam mais aptas a desenvolver uma gestão adaptativa que está conectada a uma realidade social volátil, tendo que articular as ações de planejamento, execução, retroalimentação e redesenho, adotando o monitoramento como instrumento de gestão, e não de controle;
- por serem estruturas horizontalizadas em que os participantes preservam sua autonomia, os objetivos e estratégias estabelecidos pela rede são fruto dos consensos obtidos através de processos de negociação entre seus participantes, o

que geraria maior compromisso e responsabilidade destes com as metas compartilhadas e maior sustentabilidade” (TEIXEIRA, 2002, p. 12).

Entretanto, as redes de políticas também apresentam desvantagens que interferem negativamente em sua gestão e limitam a sua eficácia:

- as redes de políticas apresentariam novos desafios para garantir a rendição de contas (accountability) em relação ao uso dos recursos públicos, pelo fato de envolverem numerosos participantes governamentais e privados;
- o processo de geração de consensos e negociação pode ser demasiadamente lento criando dificuldades para enfrentar questões que requerem uma ação imediata;
- as metas compartilhadas não garantem a eficácia no cumprimento dos objetivos já que as responsabilidades são muito diluídas;
- a dinâmica flexível pode terminar afastando os participantes dos objetivos iniciais ou comprometer a ação da rede pela deserção de alguns atores em momentos cruciais;
- os critérios para participação na rede não são explícitos e universais e podem provocar marginalização de grupos, instituições, pessoas e mesmo regiões, podendo deixar a política apenas nas mãos de uma elite;
- as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas de gestão das redes (TEIXEIRA, 2002, p. 12).

De fato, para alguns autores surge como a problemática atual a gestão estratégica das redes decorrente do fato de que “os modelos de gestão foram pensados para situações intraorganizacionais”, em contraponto às estruturas interorganizacionais características das redes. Aquele controle baseado em uma autoridade legítima e no fluxo hierárquico não se adequa bem à estrutura de unidades semiautônomas ou independentes e relações horizontais. O poder, que dependia da habilidade do gerente para controlar o processo e gestão a cargo de um gestor particular em um contexto organizacional específico, torna-se inadequado ao exercício baseado na crença e confiança nos outros membros para chegar às metas de cada um. O poder faz-se diverso, de modo que os gestores podem estar envolvidos em muitas redes funcionais simultâneas, podendo cada uma influenciar e sobrepor-se às ações das outras (TEIXEIRA, 2002).

Conforme Teixeira (2002, p. 2), “a gestão de redes, está longe de ser algo simples, o que tem implicado, muitas vezes, no fracasso de programas e projetos sociais, apesar das boas intenções dos atores envolvidos”. Isto envolve novos desenhos para os processos de decisão, planejamento e avaliação e exige-se outro enfoque nas estruturas gerenciais policêntricas (TEIXEIRA, 2002).

A seguir, será abordado o tema da gestão dos sistemas de saúde e sua evolução para uma estrutura em redes técnicas-operacionais e estratégia de ação coletiva.

### 2.3. OS SISTEMAS DE SAÚDE FRAGMENTADOS

Shortell et al. (1996), citados por Mendes, definem os sistemas organizados para prestação de serviços de saúde como “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”. (2011, p. 80) Numa perspectiva mais ampla, a Organização Mundial de Saúde define os sistemas de atenção à saúde como o conjunto de ações que tem por finalidade básica promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Esse grupo de ações é realizado no intuito de responder às demandas e necessidades sociais das populações de determinadas sociedades.

Geralmente, os sistemas de atenção à saúde se propõem a alcançar um nível ótimo de saúde, distribuído equitativamente na população definida, por meio do acolhimento<sup>4</sup> humanizado e garantia de uma prestação de serviços eficiente, eficaz e de qualidade, assegurando uma proteção adequada aos riscos (MENDES, 2002). Apesar deste conjunto de objetivos comuns, a experiência internacional mostra que a organização desses sistemas de serviços de saúde apresenta-se sob duas formas: os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados se organizam por meio de um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde. Tais pontos são incomunicáveis entre si, e por isto não tem capacidade de prestar atenção contínua à população. Além de serem fortemente hegemônicos, em geral, não possuem uma população delimitada à qual seria de responsabilidade. E por fim, as atenções primária, secundária e terciária de saúde não se comunicam fluidamente (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).

---

<sup>4</sup> “Acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade” (BRASIL, 2004 apud MELO e SILVA, 2011).

Em contrapartida, os modelos integrados são organizados por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde. Esta rede presta auxílio contínuo e integral a uma população já pré-definida, com uma comunicação fluida entre todos os níveis de atenção. Percebe-se então que o diferencial em relação aos modelos fragmentados está na organização por componentes isolados e por uma rede integrada (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).

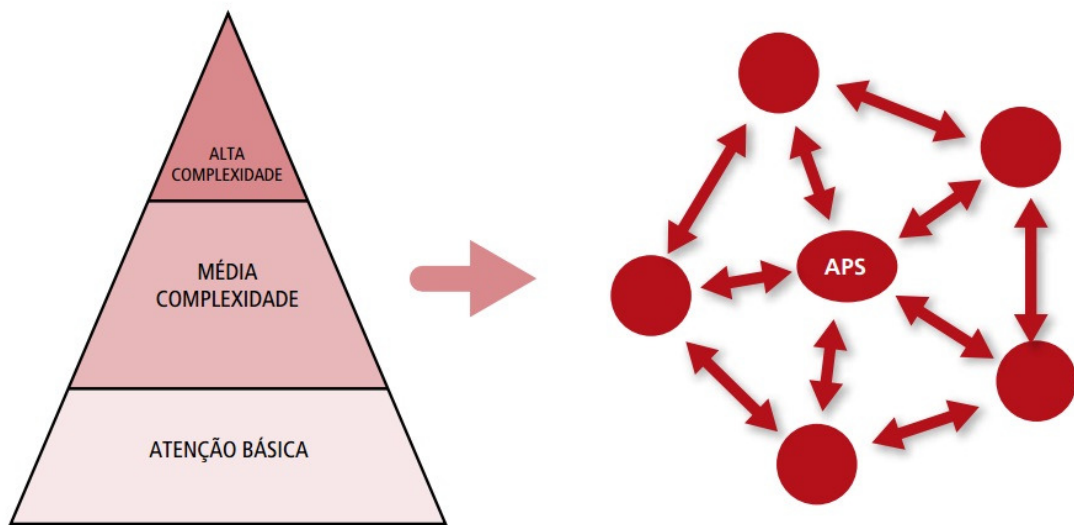
Os modelos fragmentados de atenção à saúde assumem uma estrutura hierárquica, e uma complexidade crescente em seus níveis de atenção. Tal organização possui sérios problemas, primeiramente por se fundamentar em um conceito de complexidade equivocado ao constituir que a atenção primária<sup>5</sup> é menos complexa que as demais. Devido a isto há uma banalização, inconsciente ou não, da atenção primária e uma supervalorização dos métodos que exigem maior densidade tecnológica, exercidas nos níveis secundários e terciários (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).

Já nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela poliarquia, sendo o sistema organizado como uma rede horizontal de atenção à saúde. Dessa forma, considerando todos os pontos de atenção à saúde igualmente importantes, os objetivos das redes podem ser cumpridos integralmente, apenas distinguindo-se de acordo com as densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).

A figura a seguir ilustra esta mudança do sistema hierárquico para uma rede horizontal integrada, sendo o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

---

<sup>5</sup> Atenção primária (ou básica) é o conjunto de ações de saúde individual e coletivo que utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território (Portaria GM/MS nº 648/2006)



**Figura 1** - O Sistema Piramidal Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica

Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. p.84

Para Mendes (2011), esta figura mostra uma mudança da organização que não pode se limitar apenas a uma inversão desses sistemas, como é proposto frequentemente. O autor completa afirmando que não se trata apenas de inverter a forma piramidal e sim “de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliárquica de atenção à saúde”.

Em relação aos serviços de saúde, os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde possuem duas maneiras alternativas de se organizar.

Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as redes de atenção à saúde voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009, p. 17)

Abaixo, uma descrição mais detalhada das diferenças entre os dois sistemas de organização:

**Quadro 2** - As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

| <b>Característica</b>                   | <b>Sistema Fragmentado</b>  | <b>Redes de Atenção à Saúde</b>   |
|---|---|---|
| <b>Forma de organização</b>             | Hierarquia.   | Poliarquia.   |
| <b>Coordenação da atenção</b>           | Inexistente.  | Para as condições crônicas é feito pela Atenção Primária e para as condições agudas é feito pela central de regulação.  |
| <b>Comunicação entre os componentes</b> | Inexistente.  | Feita por sistemas logísticos eficazes.   |
| <b>Foco</b>                             | Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento   | Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde.  |
| <b>Objetivos</b>                        | Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos.   | Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.   |
| <b>População</b>                        | Voltado para indivíduos isolados.   | Voltado para uma população adstrita dividida por subpopulações de risco e responsabilidade da rede.   |
| <b>Sujeito</b>                          | Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde.   | Agente co-responsável pela própria saúde.   |
| <b>A forma da ação do sistema</b>       | Reativa, acionada pela demanda das pessoas usuárias.  | Proativa, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.   |
| <b>Ênfase das intervenções</b>          | Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas.  | Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde distais e intermediários, sobre os fatores de risco e sobre as condições de saúde estabelecidas. |
| <b>Modelo de atenção à saúde</b>        | Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas.                | Integrado, com estratificação dos riscos e voltado para os determinantes sociais da saúde e intermediários, sobre os fatores de risco e sobre as condições de saúde estabelecidas.  |
| <b>Modelo de gestão</b>                 | Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da atenção primária à saúde, gerência dos ambulatórios especializados etc). | Governança sistêmica que integre a atenção primária à saúde, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede.   |
| <b>Planejamento</b>                     | Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseado em séries históricas.   | Planejamento das necessidades definido pela situação das condições de saúde da população adstrita e de seus valores e expectativas.   |
| <b>Ênfase do cuidado</b>                | Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos.  | Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado.   |
| <b>Conhecimento e ação clínica</b>      | Concentrada nos profissionais, especialmente médicos.   | Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias.  |
| <b>Tecnologia da informação</b>         | Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde.                                       | Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos; articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde.  |
| <b>Organização territorial</b>          | Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política.   | Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.  |
| <b>Sistema de financiamento</b>         | Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados.  | Financiamento por valor global ou por captação de toda a rede.  |
| <b>Participação social</b>              | Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora.  | Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede.  |

Fonte: Mendes (2001) e Fernandez (2004) *apud* Mendes (2011).

A lógica dos sistemas alternativos é dada pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Os manejos são diversos, dadas essas características singulares.

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas – através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem. (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009, p. 19)

O sistema fragmentado de atenção às condições agudas conta com o apoio intenso dos decisores políticos e da população em geral, que é sua grande vítima. Assim, mesmo que os resultados deste sejam desastrosos ainda permanece o apoio desses dois atores (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009), principalmente pela tendência desses atores em esperar resultados mais imediatos e localizados geograficamente mais próximos.

#### 2.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITO, CONSTITUIÇÃO E FUNDAMENTOS

As redes de atenção à saúde, da mesma maneira de outras estruturas de produção econômica, “podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros”. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica tendem a ser dispersos e aqueles de maior densidade tecnológica (como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem) tendem a ser concentrados. (MENDES, 2011, p. 71)

Pode se definir as redes de atenção à saúde como:

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

O Ministério da Saúde, na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Ainda, as redes de atenção se caracterizam por:

- apresentar missão e objetivos comuns; operar de forma cooperativa e interdependente;
- intercambiar constantemente seus recursos;
- serem estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário;
- convocar uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas;
- funcionar sob coordenação da APS;
- prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis;
- focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde;
- terem responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população;
- e gerar valor para a sua população (MENDES, 2011, p. 82).

Como fim e objetivo, as redes de atenção à saúde buscam “melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde” (MENDES, 2011, p. 82).

Conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas são aplicados na construção das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011, p. 76):

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. No desenvolvimento das redes de atenção à saúde os dois conceitos se aplicam. (MENDES, 2011, p. 76)

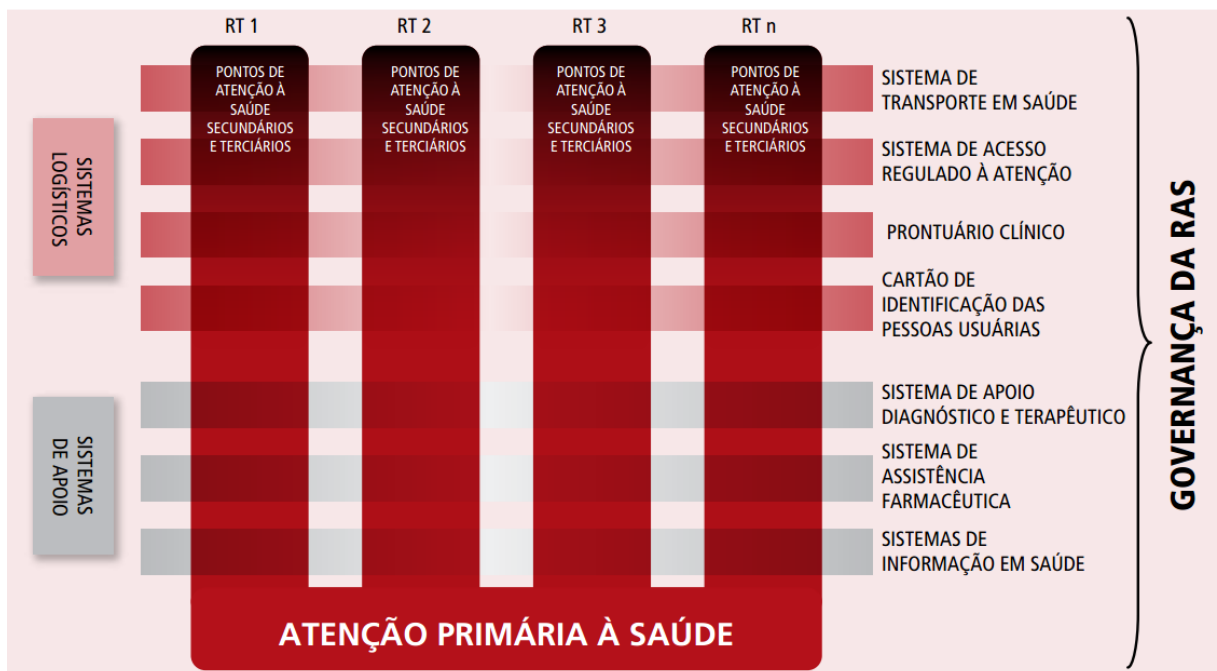
Isso se dá de duas formas: por meio da fusão ou da aliança estratégica:

A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e

diminuindo custos, ao reduzir a um só, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. (MENDES, 2011, p. 76)

Estando (mas não necessariamente) articuladas com territórios sanitários, é esse modo de organizar as redes de atenção à saúde que define a “singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais” (MENDES, 2011).

Os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde emergem dessa definição. Assim sendo, os conteúdos possuem responsabilidades sanitárias e econômicas evidentes para sua população; operam sob coordenação da atenção primária à saúde e prestam atenção oportuna, em lugares e tempo certos, na devida qualidade; implicam um ininterrupto de atenção nos três níveis; além de prestarem atenção integral com intervenções promocionais, curativas, preventivas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).



**Figura 2** - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. p.86

As redes de atenção à saúde se constituem de uma população, de componentes das redes e de um modelo de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Os componentes das redes de atenção à saúde são: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico único, central de regulação e sistema de transporte sanitário) e o sistema de governança. O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que permite funcionamento das redes de atenção à saúde. (MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009)

Segue abaixo um quadro esquemático que ilustra os constituintes das redes de atenção à saúde:

**Quadro 3** - Constituição das redes de atenção à saúde

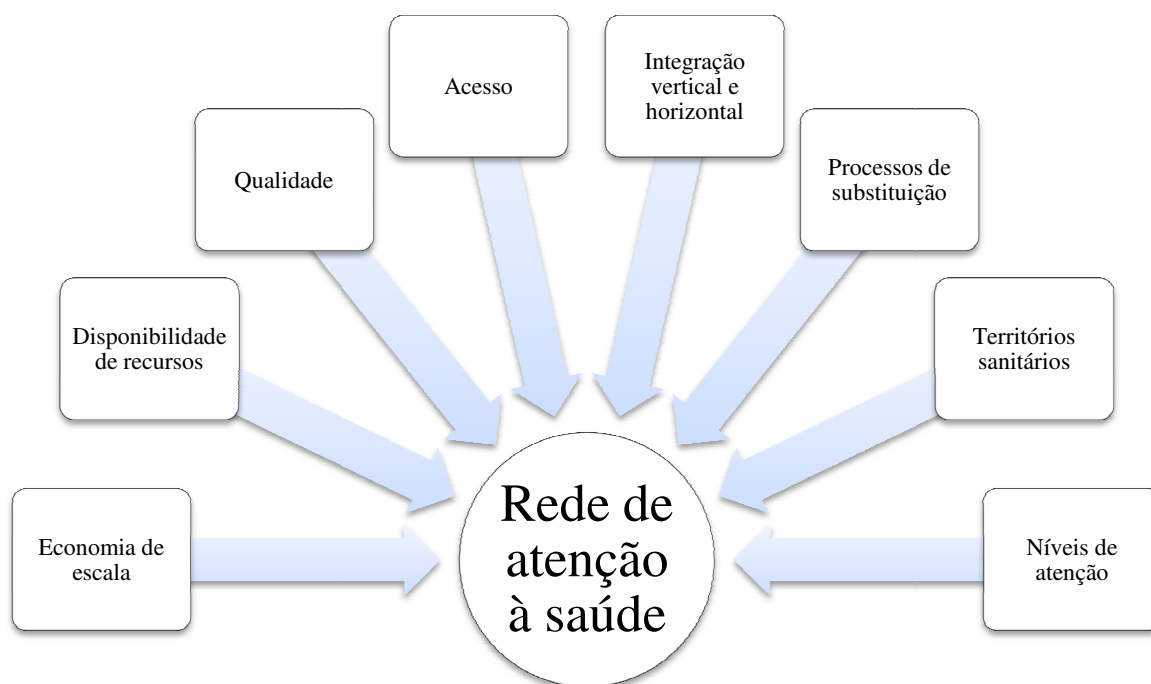
|                              |                           |   |
|------------------------------|---------------------------|---|
| <b>População</b>             | Territórios sanitários    | Famílias cadastradas e registradas em subpopulações por riscos sociossanitários.  |
| <b>Componentes das Redes</b> | Pontos de atenção à saúde | Prestação de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário em intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas em tempos e lugares certos.  |
|                              | Sistemas de apoio         | Sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde.  |
|                              | Sistemas logísticos       | Cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico único, central de regulação e sistema de transporte sanitário.  |
|                              | Sistemas de governança    | Arranjo organizativo uni ou plurinstitucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes   |
| <b>Modelo de Atenção</b>     | Sistema lógico            | Organização do funcionamento das RAS que articula entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. |

Fonte: Elaboração própria. Baseado em Mendes (2011).

As redes de atenção à saúde podem organizar-se em disposições híbridas que concentrem ou dispersem a produção dos serviços de saúde. A maneira peculiar de organizar-se, estruturando-se em uma rede de pontos de atenção à saúde distribuídos por diferentes

densidades tecnológicas e espacialmente de forma ótima (MENDES, 2011), é o que a caracteriza. Aqueles serviços de menor densidade tecnológica, que não exijam grande especialização, tendem a ser dispersos. Isso se aplica especialmente à atenção primária de saúde. Por outro lado, aqueles de maior densidade tecnológica, mais complexos e mais onerosos, tendem a ser oferecidos de forma concentrada. Esse é o caso dos hospitais, das unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, dentre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Segundo Mendes (2011), para que as redes de atenção à saúde sejam efetivas, eficientes e ofereçam serviços de qualidade, devem organizar-se sobre os seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.



**Figura 3** - Fundamentos das redes de atenção à saúde

Fonte: Elaboração própria. Baseado em Mendes (2011).

A lógica de organização racional das redes de atenção à saúde é dada pelos fundamentos de economia de escala, qualidade e acesso aos pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011). A relação entre esses três fundamentos é estreita. A partir de uma análise realizada por Mendes (2011) em aproximadamente cem estudos da literatura universal, foram

encontradas evidências de economias de escala em hospitais entre 100 a 450 leitos. Isto significa que entre este intervalo, o custo médio de produção do serviço de saúde tende a diminuir com a expansão da produção. As evidências de deseconomias de escala surgem em hospitais com mais de 650 leitos (ALETRAS et al., 1997; ANDRADE et al., 2007 *apud* MENDES, 2011). O resultado é que acima deste ponto, quando são aumentados os fatores de produção do serviço de saúde, o custo médio deste tende a aumentar com a expansão da produção. Essas evidências corroboram a ideia de que a escala é condição *sine qua non* para o alcance da eficiência na assistência à saúde.

Aqueles serviços de saúde que devem ser prestados de forma dispersa tendem a tirar menor proveito de economias de escala, pois a distância é uma variável preponderante para a acessibilidade. Isso também se relaciona ao grau de escassez dos recursos: quanto menos escassos, mais devem ser desconcentrados. Aqueles serviços de saúde que devem ser concentrados são os que mais se beneficiam de economias de escala, em que os recursos tendem a ser mais escassos e a distância tem menor influência sobre a acessibilidade. Assim, aqueles recursos (humanos ou físicos) muito escassos devem ser concentrados (MENDES, 2011).

A qualidade nos sistemas de atenção à saúde ocorre quando

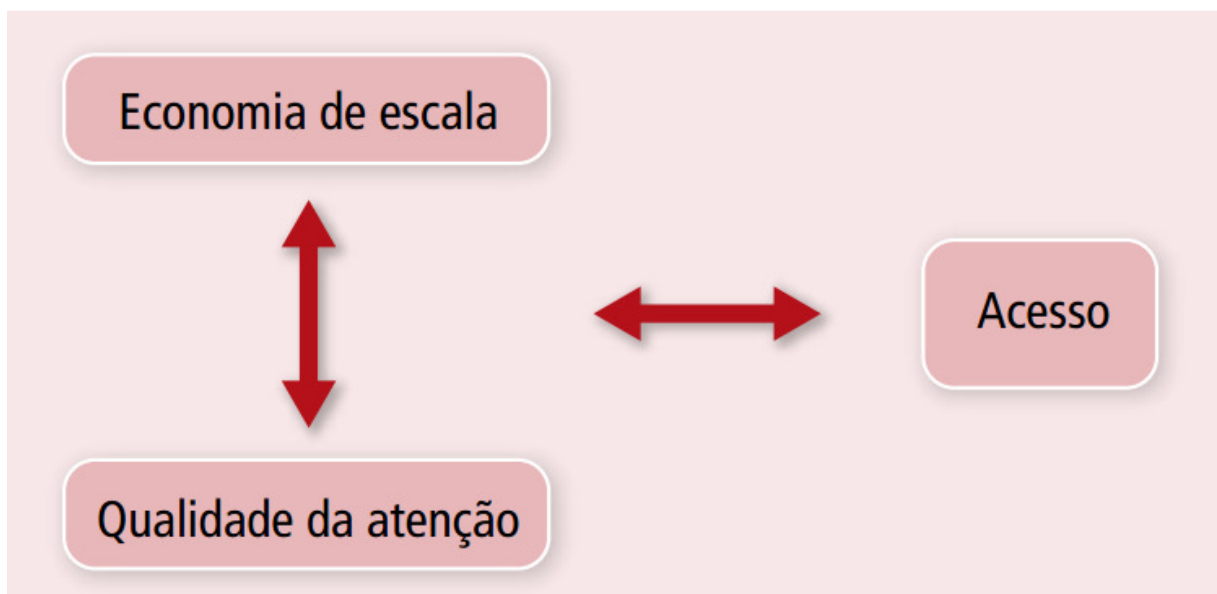
são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades das pessoas; implicam programas de controle de qualidade; são ofertados em tempo oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; fazem-se de forma humanizada; satisfazem as expectativas das pessoas usuárias; e são equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ et al., 2004 *apud* MENDES, 2011, p.72).

A qualidade, como um dos objetivos precípuos dos sistemas de atenção à saúde, particularmente guarda uma larga relação com a escala. Os serviços de saúde ofertados em maior volume supostamente apresentam uma melhor qualidade devido ao fato de que os profissionais de saúde estariam mais capacitados em realizar esse serviço nessas condições, dentre outros motivos (BUNKER et al., 1982 *apud* MENDES, 2011). Deste modo, no momento de desenho das redes de atenção à saúde devem ser considerados elementos de concentração e dispersão dos pontos de atenção à saúde, bem como dos sistemas de apoio, além de um equilíbrio com a acessibilidade a esses serviços (MENDES, 2011).

O acesso aos serviços numa rede de atenção à saúde, conceituado pela World Health Organization (2001) por cobertura efetiva, como “a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente”, deve ser uma máxima. Discorre e exemplifica Mendes (2011, p. 75) que:

a situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der – como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Portanto, no momento de desenho de uma rede de atenção à saúde, devem combinar-se os fundamentos de economia de escala e qualidade, porém pautando-se pela acessibilidade aos serviços de saúde (MENDES, 2011). A seguir, uma representação esquemática da lógica do desenho dos componentes de uma rede de atenção à saúde.



**Figura 4** - A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários

Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. p.75

Os fundamentos de integração horizontal e vertical, já citados anteriormente, são de relevante importância no desenho das redes de atenção à saúde ao incorporar conceitos relativos às cadeias produtivas.

Assim, na integração horizontal, promove-se uma condensação da cadeia produtiva, ou por fusão ou por alianças estratégicas. No primeiro, ao fundirem-se duas ou mais unidades hospitalares, expande-se a escala de serviço (ao somarem-se os leitos de cada um) e diminuem-se os custos (ao unificar os serviços administrativos). No segundo, ao manter-se duas unidades hospitalares que se coordenam para que cada uma se especialize em determinado tipo de serviço e não compitam entre si, de forma que se complementem, determina-se também um ganho de escala (ao concentrar os serviços em somente uma unidade) e diminuição de custos (ao utilizar somente uma unidade produtiva para satisfazer a demanda desse território sanitário). Em ambos os casos, é evidente o ganho de escala, eficiência, produtividade e competitividade (MENDES, 2011).

A integração vertical, por outro lado, busca um maior valor agregado à cadeia produtiva por meio de uma integração completa entre todas as unidades produtivas. No caso das redes de atenção à saúde, isso ocorre por meio de redes de propriedades únicas ou por redes de diversos proprietários. Em ambos os casos, implementa-se uma gestão única para todos os pontos de atenção à saúde e interliga-os por meio de sistemas logísticos eficientes. Esse processo de integração cria uma cadeia produtiva de serviços de atenção à saúde com maior valor agregado (MENDES, 2011).

Outro fundamento das redes de atenção à saúde é a substituição, definida como o “reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis” (MENDES, 2011, p. 77). Isolado ou em conjunto, o processo de substituição nas redes de atenção à saúde pode ocorrer nas dimensões de localização, de competências clínicas, de tecnologia e da clínica (HAM et al., 2007 *apud* MENDES, 2011). A substituição não é mais do que uma reorganização dos processos para se alcançar maior produtividade e eficiência.

Os territórios sanitários, outro fundamento das redes de atenção à saúde, não são imprescindíveis. Esses se constituem de uma base territorial e populacional com o objetivo de estimarem-se as necessidades e priorizar e descentralizar a alocação dos recursos. Geralmente as redes de organizações privadas e nos sistemas públicos de saúde baseados em princípios de

quase mercado, ainda que sejam direcionadas a uma população definida, não necessitam de definição de territórios sanitários (ENTHOVEN, 1998 *apud* MENDES, 2011)

Por fim, há os níveis de atenção à saúde, que necessariamente se combinam com os territórios sanitários na construção das redes de atenção à saúde. Esses níveis são classificações estruturadas sob densidades tecnológicas de cada ponto de atenção à saúde: a atenção primária à saúde, a atenção secundária à saúde<sup>6</sup> e a atenção terciária à saúde<sup>7</sup>. Essa divisão por densidades tecnológicas são imprescindíveis para a utilização racional dos recursos e para o estabelecimento de uma linha gerencial das instituições de governança das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

---

<sup>6</sup> A atenção secundária é aquela que oferece um atendimento de saúde em um nível de média complexidade, de tratamentos curativos de problemas médicos como cirurgias e internações ambulatoriais.

<sup>7</sup> A atenção terciária é aquela que oferece um atendimento de saúde em grandes hospitais gerais e especializados, com tecnologia de alta complexidade.

### 3. MARCO REGULATÓRIO

#### 3.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

Atualmente, os acidentes e a violência urbana no Brasil são problemas de saúde pública que têm influenciado negativamente nos índices de morbidade e mortalidade da população. As mortes relacionadas a acidentes e violências tornaram-se, a partir da década de 80, a segunda maior causa de óbitos, somente atrás das enfermidades relacionadas ao aparelho circulatório (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Entre jovens de 5 a 39 anos, as causas externas são as principais causas de óbitos. Os acidentes de trânsito e os homicídios são responsáveis por mais da metade do grupo de óbitos relacionados a acidentes e violências (SOUZA, 2004 *apud* BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Esse impacto do aumento da proporção de mortes relacionadas a acidentes e violências é traduzido por meio do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). No Brasil, esse indicador informou um aumento de 30% em relação a acidentes e a violências entre 1981 e 1991. Comparativamente, para o mesmo período, houve queda nesse indicador para as causas naturais (REICHENHEIM E WERNECK, 1994; IUNES, 1997; VERMELHO, 1994 *apud* BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Os efeitos sociais e econômicos dessa tendência são alarmantes.

Buscando enfrentar essa situação de morbimortalidade relativo ao atendimento nas urgências e emergências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a), o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atendimento às Urgências (Portaria GM/MS nº 1.863/03) em 2003, como desdobramento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737/01). Nesse sentido, a primeira edição da Política Nacional de Atendimento às Urgências buscou implantar 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” que garantisse uma referência regulada para os pacientes que, sendo atendido em qualquer nível do sistema, careçam de acesso aos meios adicionais de atenção (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Nesse primeiro movimento político e legal, buscou-se estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação dos seguintes componentes em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão: serviços de atenção básica e saúde da família; unidades não hospitalares de atendimento às urgências; unidades pré-hospitalares móveis; portas hospitalares de atenção às urgências; e serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em 2011, quase oito anos após a edição do primeiro documento, o Ministério da Saúde tornou evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado ao reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS nº 1.600/11), revogando a Portaria editada em 2003. Nesse sentido, esta reformulação propôs diretrizes para as Redes de Atenção às Urgências, em seu art. 2º, como “a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos” por meio de uma atenção multiprofissional, articulando e integrando os diversos serviços e equipamentos de saúde e regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências.

Ademais, a Portaria GM/MS nº 1.600/11 propôs uma implementação gradativa para a Rede de Atenção à Urgência em todo o território nacional, priorizando as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Além disso, o acolhimento com classificação de risco deverá ser adotado em todos os pontos de atenção incluídos na Rede. Reafirma-se, desde então, o caráter integrado a ser impresso nas redes a se constituírem.

Uma das reformulações mais significativas trazidas pela nova Portaria refere-se à organização dos componentes das Redes de Atenção às Urgências. Nessa nova regulamentação, eles se dividem em oito componentes, conforme tabela a seguir:

**Quadro 4 - Organização das Redes de Atenção às urgências.**

| Componente                                      | Objetivos   |
|---|---|
| <i>Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde</i> | Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. |

(continua)

**Quadro 4 - Organização das Redes de Atenção às urgências.**

(continuação)

| <b>Componente</b>  | <b>Objetivos</b>  |
|--|---|
| <i>Atenção Básica em Saúde</i>   | Ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.  |
| <i>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências</i> | Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. |
| <i>Sala de Estabilização</i>   | Ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.   |
| <i>Força Nacional de Saúde do SUS</i>  | Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.  |
| <i>Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas</i>                | Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e  |
| <i>Hospitalar</i>  | Constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.   |
| <i>Atenção Domiciliar</i>  | Conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.            |

Fonte: Elaboração própria. Baseado na Portaria GM/MS nº 2.648, de 7 de novembro de 2011.

A reforma, portanto, cria novos componentes que buscam conformar um conjunto de ações que garantam a atenção desde o atendimento pré-hospitalar ao atendimento pós-hospitalar, garantindo um cuidado integral aos eventos urgentes de saúde de forma integral.

Por fim, a Portaria define o processo de operacionalização das Redes de Atenção à Urgência, o qual deverá ser levado a cabo em cinco fases, a saber:

- 1) Adesão e diagnóstico: apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos entes federados, realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação e instituição de Grupo Condutor Estadual que terá por atribuição mobilizar os *stakeholders*, apoiar a organização da implantação, identificar e

apoiar a solução de pontos críticos em cada fase e monitorar e avaliar o processo de implantação da Rede.

- 2) Desenho regional da Rede: realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências pela Comissão Intergestores Regional (CIR) com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde, elaboração de proposta de Plano de Ação Regional com o detalhamento técnico dos componentes e o desenho da Rede e sua aprovação e elaboração dos Planos de Ação Municipais de cada Município que compõe a CIR.
- 3) Contratualização dos Pontos de Atenção: contratualização pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional e instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR.
- 4) Qualificação dos Componentes: definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constam as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas.
- 5) Certificação: certificação concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

A reformulação dos componentes das Redes de Atenção às Urgências durante o ano de 2011 trouxe grandes avanços, bem como a instituição de um processo para sua implantação. Atualmente, o desenho proposto pelo Ministério da Saúde para essas Redes pretende atender integralmente os componentes de um atendimento à urgência e emergência, desde a atenção pré-hospitalar ao pós-hospitalar. Nas seguintes subseções, serão abordados os componentes mais importantes que conformam a Rede de Atenção à Urgência proposta na Política Nacional de Atenção à Urgência. Os componentes de Atenção Básica em Saúde e de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde não serão abordados nesse trabalho<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Neste trabalho, não serão considerados os componentes de “Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde” e “Atenção Básica em Saúde” por conformarem Políticas Estratégicas estabelecidas à parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, além de ainda não encontrarem uma estratégia similar na Política adotada pelo Estado de Minas Gerais.

### 3.1.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências

A criação do SAMU no Brasil é antecedida pela experiência francesa. Neste país, as primeiras equipes civis móveis de reanimação remontam de 1955 e prestavam assistência médica aos vitimados de acidentes de trânsito e àqueles pacientes que eram transferidos entre hospitais. O SAMU francês foi criado no início da década de 1960 para suprir a necessidade de um treinamento adequado das equipes de atendimento de urgência e a importância da participação médica no local de atendimento para o aumento das possibilidades de sobrevivência dos pacientes por meio de cuidados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas, em tempo hábil (LOPES e FERNANDES, 1999).

O SAMU 192, apoiado em Unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, tem por fim atender as necessidades de atendimento de urgência à saúde da população brasileira ao oferecer a melhor resposta ao pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. Cabe ao médico regulador orientar o atendimento e/ou deslocar uma unidade de suporte, com uma equipe treinada de profissionais de saúde (composta por médicos, enfermeiros e equipamentos de uma UTI), de acordo com a necessidade do evento.

Dentre outros objetivos do SAMU, estão:

- assegurar a escuta médica permanente para as urgências, por meio da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito – o 192;
- operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, mediante a orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência, realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- e realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência

apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2012).

A implantação do componente pré-hospitalar móvel em todo o território nacional foi instituída primeiramente com a edição da Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, baseado na implantação dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192, as Centrais de Regulação – Central SAMU 192 – e seus Núcleos de Educação em Urgência. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 2.970/08 foi editada com o objetivo de regionalizar o SAMU 192 por meio da ampliação do atendimento pré-hospitalar móvel nos municípios, voltados aos projetos com abrangência populacional mínima de 100.000 habitantes e o município-sede da Central de Regulação com pelo menos 50.000 habitantes (caso não cumprissem esses requisitos, os Municípios deveriam agregar-se a outros SAMU já existentes na macrorregião).

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2011, foi necessária uma atualização da regulamentação existente, sendo editada a Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Esta norma restringe a implantação de novos serviços SAMU 192 somente em caráter regional e o financiamento de investimento e/ou custeio as centrais com população superior a 350.000 habitantes. Os Municípios com população igual ou superior a um milhão de habitantes poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação Médica das Urgências. Outra inovação tange às Centrais de Regulação Médica das Urgências, definida como

estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO)) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção (Art, 2º, II, Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011).

À Central de Regulação Médica das Urgências é reconhecida a sua importância dentro do desenho da Rede de Atenção às Urgências como estrutura de governança (CIB Macro e o Comitê Gestor de Urgência) da rede.

A definição do SAMU 192 é dada pela mesma norma, como

componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências (Art, 2º, III, idem).

O repasse de recursos financeiros para custeio dos componentes habilitadas e qualificadas segue os seguintes padrões:

**Tabela 1 – Custeio dos componentes SAMU 192**

| <b>Componente</b> | <b>Descrição</b>                   | <b>Tripulação mínima</b>   | <b>Custeio mensal de unidade habilitada</b> | <b>Custeio mensal de unidade habilitada e qualificada<sup>9</sup></b> |
|-------------------|------------------------------------|--|---|---|
| <b>USB</b>        | Unidade de suporte básico à vida   | Um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;   | R\$12.500,00                                | R\$ 20.875,00   |
| <b>USA</b>        | Unidade de suporte avançado à vida | Um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico.   | R\$27.500,00                                | R\$ 45.925,00   |
| <b>Avião</b>      | Equipe de aeromédico               | Um médico e um enfermeiro.   | R\$27.500,00                                | R\$ 45.925,00   |
| <b>Barco</b>      | Equipe de embarcação               | O condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. | R\$27.500,00                                | R\$ 45.925,00   |
| <b>Motolância</b> | Motolância                         | Um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.  | R\$7.000,00                                 | R\$7.000,00   |
| <b>VIR</b>        | Veículo de Intervenção Rápida      | Um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.   | R\$27.500,00                                | R\$ 45.925,00   |

Fonte: Elaboração própria. Baseado na Portaria GM/MS nº 2.648, de 7 de novembro de 2011.

<sup>9</sup>O custeio é compartilhado, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos, e o restante, coberto pelos Estados e Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Tripartite.

Quanto ao incentivo financeiro à Central de Regulação Médica das Urgências e ao componente SAMU, a norma cria o processo de qualificação (de validade de 2 anos), que altera os valores de custeio mediante a apresentação ao Ministério da Saúde de uma série de documentos que atestem o funcionamento efetivo, o planejamento estratégico, o monitoramento, a adequação à reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, dentre outros.

O SAMU tornou-se, nessa nova estratégica de atenção às urgências, uma das portas de entrada ao sistema, auxiliando na referência adequada do paciente. Entretanto, o SAMU tem de trabalhar em conjunto com as Unidades de Pronto Atendimento para que cumpram sua função com mais qualidade. A seguir, abordar-se-á esse componente, identificando o seu papel na rede de atenção à saúde.

### 3.1.2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)

A implantação desse componente deu-se primeiramente com a edição da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que estabelecia diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências. As Unidades de Pronto Atendimento, em conjunto com as Salas de Estabilização, compunham o componente pré-hospitalar fixo, nos termos da Portaria revogada nº 1.863/03, que regulamentava a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O estabelecimento das diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) na Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a nova Política Nacional de Atenção às Urgências veio com a edição da Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011, posteriormente redefinida pela Portaria GM/MS nº 2.648, de 7 de novembro de 2011.

Nos termos do art. 2º e 3º da respectiva Portaria, a UPA 24h é definida como “o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar”, e “deve compor uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a atenção básica à saúde e com a rede hospitalar”.

A principal função da UPA 24h dentro da Rede de Atenção às Urgências, nos termos do art. 7º da Portaria supracitada, é articular a atenção primária, o SAMU 192, as unidades hospitalares e as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, situando-se como retaguarda às urgências atendidas pela atenção primária e como um local de estabilização e observação de pacientes atendidos pelo SAMU 192, de forma ininterrupta durante as vinte quatro horas do dia, todos os dias da semana incluídos feriados e pontos facultativos.

As UPAs são classificadas por portes e executam importantes papéis dentro do desenho das Redes de Atenção à Saúde, com custeio partilhado entre União, Estados e Municípios. Na tabela 2, descreve-se as características de cada porte estabelecido para as UPAs 24h.

**Tabela 2** – Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24h

| <b>UPA 24h</b>   | <b>População da área de abrangência da UPA (em hab.)</b> | <b>Área física mínima</b> | <b>Número de atendimentos médicos em 24h</b> | <b>Número mínimo de médicos por plantão</b> | <b>Número mínimo de leitos de observação</b> |
|------------------|--|---------------------------|--|---|--|
| <b>Porte I</b>   | 50.000 a 100.000   | 700 m <sup>2</sup>        | Até 150 pacientes                            | 2 médicos                                   | 7 leitos                                     |
| <b>Porte II</b>  | 100.001 a 200.000  | 1000 m <sup>2</sup>       | Até 300 pacientes                            | 4 médicos                                   | 11 leitos                                    |
| <b>Porte III</b> | 200.001 a 300.000  | 1300 m <sup>2</sup>       | Até 450 pacientes                            | 6 médicos                                   | 15 leitos                                    |

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.648, de 7 de novembro de 2011

A importância desse componente na Rede de Atenção às Urgências deriva de seu potencial de amortecer a enorme demanda que busca atendimento nos prontos socorros, exercendo um importante papel de ordenador dos fluxos da urgência. Dentre outras importantes competências, encontra-se a de atender aos usuários do SUS com quadro clínico agudo, especialmente aqueles de baixa complexidade nos dias e horários que os pontos de atenção básica à saúde encontram-se fechados. Ademais, cabe às UPAs 24h servir de ponto de estabilização de pacientes críticos para o atendimento móvel pré-hospitalar realizado pelo SAMU (MOURA, 2004).

### 3.1.3. Componente Hospitalar

Apesar da importância desse componente em qualquer sistema de atenção à saúde, a edição de uma norma exclusiva que o organizasse só ocorreu com a edição da Portaria nº 2.395/GM/MS, em 11 de outubro de 2011. Essa Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde, logo após a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Nessa normativa, consideram-se como componente hospitalar as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e os Leitos de Retaguarda (as enfermarias clínicas de retaguarda, as enfermarias de retaguarda de longa permanência e os leitos de terapia intensiva). Deste modo, organizados numa Rede articulada e integrada com os outros componentes por meio dos sistemas logísticos, o componente hospitalar tem por objetivo garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade bem como a realização de procedimentos diagnósticos, disponibilizando leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências, consideradas as linhas de cuidado prioritárias.

**Quadro 5** - Tipologia e incentivo financeiro dos hospitais da Rede de Atenção à Urgência e Emergência

| <b>Portas de Entrada</b>        |   |  |   |
|---------------------------------|---|--|---|
| <b>Tipologia</b>                | <b>Hospital Especializado Tipo II</b>   | <b>Hospital Especializado Tipo I</b>   | <b>Hospital Geral</b>   |
| <b>Critérios de habilitação</b> | Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião.<br>Deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria. | Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR, com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. | Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme PDR, Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade. |

(continua)

**Quadro 5** - Tipologia e incentivo financeiro dos hospitais da Rede de Atenção à Urgência e Emergência

(continuação)

| <b>Portas de Entrada</b>           |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| <b>Tipologia</b>                   | <b>Hospital Especializado Tipo II</b>  | <b>Hospital Especializado Tipo I</b>   | <b>Hospital Geral</b>  |
| <b>Recursos Humanos</b>            | Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, com equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos. | Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, com equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos. | Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos. |
| <b>Incentivo Financeiro Mensal</b> | R\$ 300.000,00   | R\$ 200.000,00   | R\$ 100.000,00   |

Fonte: Anexo II da Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências, no que tange aos leitos de retaguarda, será organizado por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva, que poderão estar em unidades hospitalares estratégicas ou em outros hospitais localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são os serviços de atenção à saúde presentes em uma unidade hospitalar que atendem de forma ininterrupta às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, devendo estar instaladas em unidades estratégicas da Rede de Atenção às Urgências.

#### 3.1.4. Sala de Estabilização (SE)

O componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências, definido como “estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da

rede de atenção à saúde” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) teve sua regulamentação dada pela Portaria GM/MS nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para a sua implantação em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

**Quadro 6** - Características do componente Sala de Estabilização

| Serviço/Unidade              | População de cobertura | Equipe mínima  | Número mínimo de leitos de observação | Incentivo financeiro para custeio mensal |
|------------------------------|------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <b>Sala de Estabilização</b> | Até 50.000 habitantes  | 01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana. | 02                                    | R\$ 25.000,00*                           |

Nota: O incentivo mensal para custeio será de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) para custeio das SE localizadas em Municípios situados na região da Amazônia Legal, na região Nordeste e em regiões de extrema pobreza do Brasil, excetuando-se as regiões metropolitanas destas áreas (Art. 10)

Fonte: Adaptado do Anexo II da Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011.

Uma característica importante desse componente é que, dentre outros requisitos a serem observados, deve ser preferencialmente instalado em Hospitais de Pequeno Porte (HPP) públicos ou filantrópicos, instituídos pela Portaria GM/MS nº 1.044 de 1º de junho de 2004, que possuam até 30 leitos e estejam fora da área de abrangência de UPA 24 horas. A Portaria também permite que a SE seja instalada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Mistas, desde que tenham condições efetivas para funcionar ininterruptamente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Deste modo, evidencia-se a função da SE de cobrir vazios de cobertura de atenção à urgência por meio da utilização de estruturas menos complexas já existentes nessas localidades e integrá-las à Rede de Atenção às Urgências por meio do SAMU 192. O art. 3º da Portaria define diretrizes como cobertura regionalizada do SAMU 192, a configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/gravos em locais de vazios demográficos e a presença de equipe mínima de saúde com disponibilidade para assistência imediata aos pacientes críticos/gravos admitidos, nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana.

As responsabilidades da Sala de Estabilização, elencadas nos incisos do art. 5º da Portaria que a regulamenta, são fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos

em regime de urgência na atenção primária, realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade e encaminhar os pacientes após a estabilização clínica para internação em serviços hospitalares. Identifica-se, pois, uma semelhança muito grande de atribuições e dimensões com as unidades de pronto atendimento de porte I. A responsabilidade pela presença da equipe mínima nos termos da Portaria é do Município, sob a tutela de seus gestores. Cabe a eles definir a estratégia municipal que garanta a retaguarda médica, de enfermagem e de pessoal técnico de forma ininterrupta, a fim de cumprir com as funções precípua da Sala de Estabilização.

### 3.1.5. Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar, como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa Portaria vem a reformular o Serviço de Internação Domiciliar, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de junho de 2006, e articulá-la e integrá-la aos outros componentes da Rede de Atenção à Saúde. Portanto, a Atenção Domiciliar, como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, pode ser definida como

nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (art. 2º, II).

O objetivo da instituição da Atenção Domiciliar no âmbito da atenção à urgência é

a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (art. 3º).

As modalidades do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estão organizadas conforme o Quadro 8.

**Quadro 7** - Classificação dos Serviços de Atenção Domiciliar

| <b>Modalidade</b> | <b>Descrição</b>          | <b>Destinatários</b>   | <b>Responsabilidade</b>   |
|-------------------|---------------------------|--|---|
| <b>AD1</b>        | Atenção Domiciliar tipo 1 | Usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.   | Equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês e apoiadas pelos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. |
| <b>AD2</b>        | Atenção Domiciliar tipo 2 | Usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. É indispensável à presença de um cuidador identificado                              | EMAD e EMAP, ambas designadas para esta finalidade. A EMAD realizará visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana. A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.   |
| <b>AD3</b>        | Atenção Domiciliar tipo 3 | Usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. É indispensável à presença de um cuidador identificado. | EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade. A EMAD realizará visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana. A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.                                 |

Fonte: Elaboração própria. Baseado na Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011

O SAD deve garantir cobertura de 12 horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados a fim de garantir a continuidade da atenção. Para isso, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) devem ser compostas minimamente por:

- 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais;

- 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais;
- 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana;
- 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

Já as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) devem ser constituídas minimamente por 3 profissionais de saúde de nível superior (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional), com carga horária semanal mínima de 30 horas.

Quanto ao critério populacional, cada EMAD deve atender uma população de 100 mil habitantes, tendo como parâmetro de referência uma equipe para cada 60 pacientes. Para cada EMAP, o critério populacional é de, no mínimo, 300.000 habitantes. Portanto, para complementar as ações de saúde da atenção domiciliar quando clinicamente indicadas, será designada 1 EMAP para, no mínimo, 3 EMAD.

Cumprindo-se todos os requisitos estabelecidos na Portaria, o Ministério da Saúde repassará os recursos na forma de incentivo mensal no valor de R\$ 34.560,00 (correspondente a 80% do valor de referência do custeio) para cada EMAD que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3 e o valor de R\$ 6.000,00 para cada EMAP.

### 3.1.6. Força Nacional de Saúde

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), como componente da Rede de Atenção às Urgências, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa mesma Portaria também regulamenta o Decreto Federal nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde é um programa de cooperação que tem o objetivo de executar medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. A operacionalização da FN-SUS dar-se-á em articulação com as esferas federal, estadual, distrital e municipal, nos que tange à força de trabalho, da logística e dos recursos materiais que sejam necessários a realização das ações e serviços de saúde.

A convocação da Força Nacional é atribuição exclusiva do Ministro da Saúde, nos termos do art. 6º, na ocorrência de: declaração de ESPIN; por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS em caso de situações de emergência em saúde pública; por solicitação dos entes federados; e para integrar ações humanitárias e em resposta internacional coordenada, quando solicitado pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

O financiamento das operações da FN-SUS deve originar-se do Ministério da Saúde e repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, bem como os uniformes e demais equipamentos das equipes que compõem a FN-SUS, deverão ser fornecidos pelo Ministério da Saúde.

### 3.2.POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Os primeiros esforços do Governo Estadual para a criação e implementação de uma política estadual de atenção às urgências que consolidasse uma estrutura de redes de governo semelhante à que se projeta atualmente surgiram em meados da década passada.

O primeiro documento a ser editado foi a Resolução SES n.º 393, de 30 de janeiro de 2004, no qual a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais propôs a adoção do Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências, com o objetivo geral de indicar as políticas públicas a serem implantadas para a consolidação de um Sistema Estadual de Urgências e Emergências Clínicas, Cirúrgicas, Gineco-obstétricas, Psiquiátricas, Pediátricas e as relacionadas com Causas Externas. O documento visava organizar sistemas de atendimento de urgência, regionalizados conforme as micro e macrorregiões estabelecidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), que coordenasse a atenção à saúde desde a atenção pré-hospitalar a pós-hospitalar.

Nesse contexto, a SES-MG e sua Coordenação Estadual de Urgência e Emergência deveriam atuar como integradora dos sistemas macrorregionais de atenção às urgências. Os recursos para a implementação do Plano tinham origem do tesouro estadual, sendo repassado do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Esse primeiro sistema de atenção às urgências, chamado de Sistema Estadual de Atenção Integral às Urgências, foi previsto para ser implantado de forma gradual, com participação dos três níveis de governo e em adequação à rede hospitalar já existente. Dentre outras diretrizes, instituiu-se que a atenção às urgências dar-se-ia em todos os pontos de atenção à saúde, de acordo com a complexidade tecnológica de cada um deles. Além disso, foi implementada a política de “vaga zero”, ou seja, tornou-se inadmissível a inexistência de vagas nas portas de entradas dos serviços de urgência. A oferta dos serviços de atenção às urgências e emergências deveriam ser suficientes para o atendimento da demanda da população das micros e macrorregiões. Dentre vários objetivos específicos daquele Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências, estipulava-se que seria necessário identificar e mapear as necessidades sociais em saúde, com enfoque nas urgências, bem como um quadro detalhado dos recursos de saúde existentes considerando: quantidade, localização, complexidade, capacidade operacional e técnica de acordo com a Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Além disso, elaborar, coordenar e executar uma Política Estadual referente às urgências, favorecendo a organização de sistemas locorregionais de atenção integral às urgências, favorecer a implantação das Centrais de Regulação Médica das Urgências de acesso universal (192), com outros módulos regulatórios, funcionando como elemento ordenador e orientador do Sistema Estadual de Atenção Integral às Urgências.

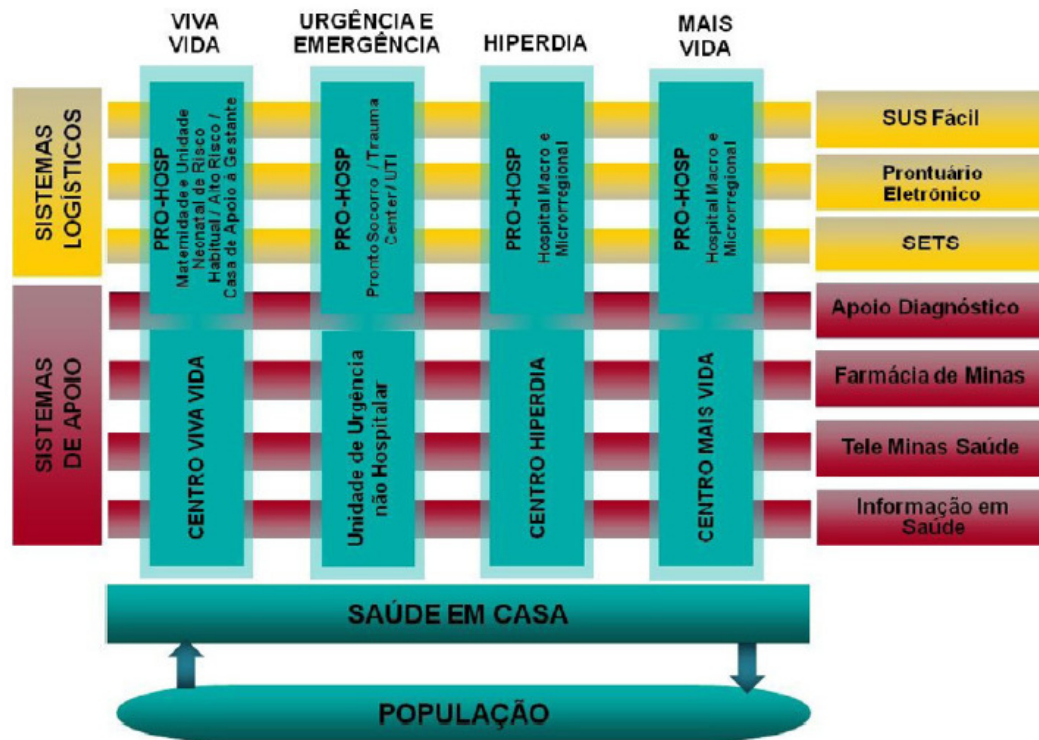
Em 2008, o governo estadual em parceria com o governo federal, gestores municipais, profissionais de saúde e a população da macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais, iniciou a implantação da primeira Rede Regional de Urgência e Emergência do Estado. As normas gerais de implantação foram estabelecidas na Deliberação CIB-SUS/MG nº 507, de 13 de fevereiro de 2009, que deu origem à Resolução SES nº 1.771/09.

O modelo desenvolvido na Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte foi caracterizado pelos seguintes componentes:

- a) Pontos de atenção hospitalar (unidades básicas de saúde, unidades mistas, pronto atendimento, prontos socorros hospitalares e hospitais gerais e especializados) classificados de acordo com sua tipologia e função na Rede;
- b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional;
- c) Complexo regulador formado pela central de regulação do SAMU – 192 e central de regulação do SUSFACIL, como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência;
- d) Implantação da classificação de risco como linguagem da rede através do protocolo de Manchester e adesão ao sistema Alert Manchester, disponibilizado pela SES, nos pontos de atenção.

Outra peculiaridade desse desenho é o modelo de atenção adotado. A classificação de risco por meio do protocolo de Manchester informatizado (disponibilizado pela SES-MG em todos os PAS da Rede) foi utilizada como linguagem única nas demandas de cuidado para as condições agudas. A localização e quantidade de hospitais foram definidas de acordo com o critério de população de referência e tempo resposta de, no máximo, 60 minutos.

Uma política estadual efetiva de atenção às urgências veio com a edição da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que aprovou as normas gerais para a implantação da Redes Regionais de Urgência e Emergência em todo o Estado de Minas Gerais. Essa política é também um desdobramento da estratégia geral do governo de Minas Gerais, por meio do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2011-2030), que é “o instrumento que formaliza o planejamento estratégico do governo de Minas Gerais e estabelece objetivos a longo prazo em um horizonte de aproximadamente 15 anos” (PESSOA, 2010, p. 49).



**Figura 5** - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde em Minas Gerais

Fonte: MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. O Choque de Gestão em Minas Gerais : Resultados na Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010, p.26.

Nesse novo ciclo do PMDI, o compartilhamento de responsabilidades legalmente regulado constitui-se em um dos elementos centrais da revisão da estratégia de desenvolvimento de Minas Gerais. Deste modo, o Governo de Minas adotou “o conceito de Estado Aberto e em Rede, que atua com outras esferas da sociedade, sem perder a sua força de regular a organização social e as atividades econômicas” (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, 2011, p. 8).

Nesse contexto de planejamento em longo prazo adotado pelo Estado, a Secretaria de Estado de Saúde leva a cabo a execução, sobretudo, de programas e projetos de uma das redes de governo propostas no PMDI, denominada “Rede de Atenção em Saúde”, que tem como síntese da meta uma “população com maior qualidade e expectativa de vida”. Para isso, o PMDI 2011-2030 propõe que dentre os objetivos estratégicos do planejamento nessa rede de governo, haja a consolidação das redes de atenção à saúde em todo o Estado por meio da estratégia prioritária de “expandir e aprimorar as redes de atenção à saúde, com prioridade para as redes de urgência e emergência e redes da mulher e da criança”, dentre outras. Em

complemento, “Ampliar e fortalecer os hospitais regionais e os novos centros de atenção especializada” e:

Consolidar a gestão orientada para resultados na Saúde, com prioridade para a pactuação de resultados dentro e fora do governo, a implantação de sistema de recompensas com base em resultados fundamentados em referências territoriais e a incorporação de novas tecnologias e métodos de gestão que aumentem a qualidade do atendimento e reduzam custos (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, 2011, p. 56).

Deste modo, a Resolução SES nº 2.607/10 trouxe revisões no modelo utilizado inicialmente na macrorregião Norte, introduzindo novos componentes, bem como uma nova tipologia hospitalar, dentre outros. Desde então, as Redes Regionais de Urgência e Emergência de Minas Gerais passaram a compor-se pela:

- a) Atenção Primária em Saúde;
- b) Unidades de Pronto Atendimento;
- c) Pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua tipologia e função na Rede;
- d) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional;
- e) Complexo regulador como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência, sendo que à regulação de urgências do SAMU caberá a coordenação das ações apoiada pelas outras centrais de regulação do complexo de acordo com anexo II;
- f) Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

Uma nova classificação do componente hospitalar em função do papel exercido por cada hospital foi criada e está detalhada conforme a seguir:

- a) Hospital de Urgência Nível IV: hospitais situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar microrregional;
- b) Hospital Geral de Urgência Nível III: hospital microrregional de referência populacional acima de 100.000 habitantes;
- c) Hospital Geral de Urgência Nível II: hospital microrregional de referência populacional acima de 200.000 habitantes;

- d) Hospital de Referência ao Trauma Nível I: hospital macrorregional de referência populacional acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- e) Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I: hospital macrorregional de referência populacional acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- f) Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I: hospital macrorregional de referência populacional acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- g) Hospital de Urgência Polivalente Nível I: hospital macrorregional de referência populacional acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana;

Os mesmos critérios para a definição do quantitativo e da localização dos hospitais utilizado na macrorregião Norte são previstos, acrescido da ressalva de que o tempo resposta de no máximo 60 minutos aplica-se a qualquer ponto fixo ou móvel, para 90% (noventa por cento) da população da macrorregião.

Outros critérios levados em conta na definição dos hospitais que pertencerão à rede são estar localizado preferencialmente em município sede de microrregião, aderir às políticas de urgência e emergência da SES-MG e do Ministério da Saúde/MS, implementando as diretrizes propostas de organização da rede hospitalar de Urgência e Emergência, além da presença dos recursos humanos e tecnológicos previstos no anexo I dessa Resolução. Ademais, os hospitais devem seguir os fluxos pactuados, respondendo efetivamente ao Complexo Regulador da Macrorregião.

A definição dos requisitos do componente SAMU-192 macrorregional seguiu as diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008, e a combinação dos critérios de 90% da população a no máximo 60 minutos de um ponto de atenção fixo ou móvel. O SAMU Regional deverá ser gerido por um ente público regional de natureza jurídica pública e receberá recursos para custeio tripartite. Outros requisitos abaixo elencados determinam o dimensionamento desse componente:

- a) o polo da macrorregião sediará a central de regulação de urgência, integrando o complexo regulador;
- b) o polo da macrorregião deverá ter pelo menos uma Unidade de Suporte Avançado (USA);
- c) o critério populacional mínimo de 1 USB para cada 100.000 habitantes e 1 USA para cada 450.000 habitantes calculados por município, microrregião e macrorregião;
- d) o polo da microrregião deverá ter pelo menos uma USB;
- e) a localização das bases descentralizadas, onde se situará pelo menos uma USB, obedecerá ao tempo médio de resposta entre 20 e 30 minutos. O critério de raio de ação dessas bases considerará a velocidade média das vias de 60Km/h nas áreas rurais e rodovias e de 30 Km/h nas áreas urbanas com mais de 500.000 habitantes;
- f) os municípios que terão sede das bases descentralizadas devem estar localizados em interseção rodoviária e não em final de rodovias. Preferencialmente, devem conseguir abranger, pelo menos, mais dois municípios;
- g) a base que contiver uma USA deverá também conter, pelo menos, uma USB;
- h) a distribuição geográfica deverá atender princípios de malha viária e dar cobertura em áreas onde pelos critérios anteriores permaneceu com um vazio evidente e colocar uma unidade do SAMU no município mais populoso desta área;

O componente Complexo Regulador, assim chamado por congregar em uma mesma área física a Central de Regulação do SAMU com a Central de Leitos (regulada pela Política Estadual de Regulação Assistencial), tem como objetivo “garantir a resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida do paciente”. Além disso, o complexo regulador da assistência é:

uma estrutura de representação da governança (CIB Macro e seu comitê gestor de urgência) da rede que tem como premissa garantir a melhor resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida, com garantia de escuta médica ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para a gestão do fluxo mais correto de acordo com linhas-guia, baseando a decisão em 3 princípios: 1) gravidade (risco) estimada, 2) tempo máximo definido para a resposta à situação estimada e 3) recurso mais adequado (Anexo II da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010).

Cabe também incluir como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências o componente Força Estadual de Saúde, embora não esteja formalmente vinculado a essa Política. Criada em 9 de janeiro de 2012, pela Resolução SES nº 3.072/12, teve como impulsora a necessidade de auxiliar os municípios que decretaram situação de emergência em virtude das fortes chuvas do início do ano desse ano. As ações principais da Força Estadual de Saúde foram reforçar o atendimento em saúde, agilizando as ações para a redução das sequelas e mortes evitáveis e sua prevenção, nos municípios que decretaram situação de emergência. Composta por voluntários, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, atuaram durante 60 dias nos municípios que decretaram situação de emergência pública.

Quanto ao processo criação das Redes, as oficinas de implantação das Redes de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais cumprem uma função fundamental na definição do desenho institucional e no alinhamento conceitual nas macrorregiões em que irão se estabelecer. A metodologia das oficinas de implantação empregada pela SES-MG nas macrorregiões ocorre em seis momentos:

- a) Oficina I: Promove-se o alinhamento conceitual de redes de atenção à saúde do nível estratégico ao operacional, com os gestores de saúde municipais, diretores e técnicos de hospitais, representantes do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Defesa Civil, representantes da SES-MG, conselheiros municipais de saúde, dentre outros, e institui-se o Comitê Gestor Regional das Urgências;
- b) Oficina II – Estabelecem-se os pontos e o modelo de atenção da Rede de Urgência por meio de um instrumento de diagnóstico da situação de atendimento de saúde da respectiva macrorregião. Isso inclui identificar os hospitais e suas respectivas estruturas físicas e de profissionais.
- c) Oficina III – Estabelecem-se os fluxos de atenção da Rede de Urgência e o SAMU-192 Macrorregional. Referem-se à definição dos fluxos de referência e contra referência.
- d) Oficina IV – Estabelece-se o sistema de regulação assistencial;
- e) Oficina V – Estabelece-se o sistema de governança e financiamento da Rede de Urgência;
- f) Oficina VI – Estabelece-se a contratualização dos prestadores, os indicadores e metas da Rede de Urgência.

Quanto ao incentivo financeiro à Rede de Urgência e Emergência pelo Estado, este será repassado do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios, para conta específica e exclusiva, de maneira que cabe aos municípios repassar os recursos financeiros aos hospitais pertencentes à Rede.

O monitoramento das metas da Rede de Urgência e Emergência é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, da Superintendência de Regulação, das Comissões de Acompanhamento e Avaliação, da CIB MACRO e do Comitê Gestor Regional das Urgências. Para isto, faz-se necessário a identificação das competências de cada um desses atores.

Os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representam:

o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional. Permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis (CAPONI, CORDEIRO JÚNIOR, *et al.*, 2008).

Compete ao Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências, nos termos do art. 19 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010, principalmente propor modificações, alterações, medidas corretivas, inclusões e exclusões quanto à rede de urgência por meio do monitoramento do acesso à Urgência e Emergência na macrorregião.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde/SMS, nos termos do art. 19 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010, principalmente monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados e repassar os recursos financeiros à instituição participante do programa, garantindo a contrapartida financeira.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, SES-MG, como órgão de gestão plena estadual do Sistema Único de Saúde, tem por finalidade formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado de Minas Gerais, em cooperação com os demais entes federados, na prevenção, promoção, preservação e recuperação da saúde da população (MINAS GERAIS, 2011a). Compete-lhe dentre outras atribuições, nos termos do art. 2º do Decreto Estadual n. 45.812, de 14 de dezembro de 2011, formular e coordenar a política

estadual de saúde e supervisionar sua execução nas instituições que integram sua área de competência, monitorando e avaliando as informações sobre saúde no Estado.

A Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) é a unidade da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde responsável por elaborar as políticas e estratégias estaduais de atenção secundária e terciária à saúde, bem como coordenar a implantação das políticas nacionais de atenção à saúde. Além destes, cabe a esta superintendência estabelecer os componentes e monitorar a implantação das redes de atenção à saúde no Estado, ação que é levada a cabo pela Diretoria de Redes Assistenciais (DRA). A Diretoria de Redes Assistenciais tem por finalidade promover a implantação das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS MG, competindo-lhe:

Art. 18 (...) I - coordenar a implantação das redes de atenção à saúde da mulher, da gestante e da criança, do idoso, do adolescente, da pessoa portadora de deficiência, da população prisional e indígena, de atenção em doenças cardiovasculares e diabetes, em urgência e emergência, em saúde mental, em câncer de mama e colo do útero, em oncologia, em oftalmologia, em doenças complexas, e em outras condições ou patologias;

II - organizar os pontos e as ações de atenção à saúde nos níveis de atenção à saúde, secundário e terciário, para as várias redes temáticas, integrando-os entre si e com o nível de atenção primária à saúde, nos territórios sanitários micro e macrorregionais;

III - elaborar, coordenar, monitorar e avaliar os programas e projetos voltados ao fortalecimento do parque hospitalar e dos serviços de terapia intensiva, de acordo com a estruturação das redes temáticas (MINAS GERAIS, 2011a).

A Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, como braço da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e adstrita à estrutura da Diretoria de Redes Assistenciais, é a unidade responsável pelo planejamento e implantação das ações políticas da Rede de Resposta às Urgências e Emergências, pela autorização do repasse dos recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde, e pelo monitoramento das metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados (MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2010). A existência de Coordenações Estaduais de Urgência é prevista na Portaria Ministerial que institui o componente pré-hospitalar móvel (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

De acordo com relatório elaborado pela consultoria da Macroplan, realizada em 2011, o papel da Coordenação de Urgência e Emergência está atrelado à gestão do atendimento de urgências e emergências no Estado, da contratualização com as unidades de urgência e

emergência até o atendimento do paciente. O processo estratégico tem por fim “garantir o encaminhamento do paciente ao ponto de atenção mais adequado e seu efetivo atendimento com uma assistência de qualidade, no menor tempo possível, reduzindo o número de mortes e sequelas por causas evitáveis” (MACROPLAN, 2011). Esse processo consiste em:

formalizar a contratualização com as unidades de urgência e emergência, realizar monitoramento da Rede e demais pontos de urgência e emergência, para então gerir os pagamentos, de forma a garantir o atendimento de qualidade ao cidadão em situação de urgência emergência, agravos agudos à saúde, ou agudização de agravos crônicos. Em termos assistenciais, o processo se inicia pelo acolhimento do cidadão, com a Classificação de Risco e posteriormente a destinação deste cidadão de acordo com a classificação recebida por ele e com as pactuações e protocolos estabelecidos na unidade de atendimento, no município e na Rede de Urgência e Emergência, de forma a garantir a melhor assistência, obedecendo aos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS (MACROPLAN, 2011)

Compete à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, sediada no nível central da SES-MG, nos termos do art. 21 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010:

- I - planejar, implantar as ações e políticas da Rede de Resposta às Urgências e emergências;
- II - autorizar o repasse dos recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde;
- III - monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados.

Compete a Assessoria de Contratos Assistenciais da SES-MG “receber, publicar e acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e Hospitais provenientes desta Resolução”, por meio do Sistema Eletrônico GEICOM, conforme Decreto nº 45.468/2010 e nos termos do art. 22 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

Compete às Comissões de Acompanhamento, quadrimestralmente, a “verificação e validação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas nos Termos, emitindo um Relatório de Acompanhamento, via Sistema Eletrônico GEICOM”, conforme Resolução SES nº 2.568/2010 e nos termos do art. 23 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

Compete às Comissões de Avaliação, anualmente, “avaliar os desvios ocorridos em relação às quantidades assistenciais estabelecidas e os indicadores de qualidade pactuados, objetivando a revisão e repactuação anual dos compromissos, emitindo Relatório Conclusivo de Avaliação”, conforme Resolução SES nº 2.568/2010, nos termos do art. 24 da Resolução SES nº. 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

É importante ressaltar a multiplicidade de atores que participam ativamente da construção dessa política. Envolver todos os atores políticos e técnicos e responsabilizá-los por uma parcela desse processo pode ser imperativo no alcance do êxito desse projeto, o que torna necessário identificar claramente os papéis a representar nessa Rede.

### 3.3. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)

O governo de Minas Gerais, tendo a Secretaria de Estado de Saúde como órgão de gestão plena do Sistema Único de Saúde, levou a cabo a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse instrumento de planejamento e gestão na área de saúde, baseado num princípio organizativo do SUS – a regionalização, desde 2002 agrupa os municípios do Estado em macro e microrregiões visando estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2011).

Deste modo, alguns critérios foram atribuídos para a divisão das micro e macrorregiões: para a atribuição territorial de uma microrregião, considera-se a escala populacional mínima de 100.000 habitantes e a distância máxima ao polo microrregional de 60 minutos em estrada pavimentada deslocando-se a 60 km/h, e a autossuficiência em situações de média complexidade; para a atribuição de uma macrorregião, considera-se a escala populacional mínima de 500.000 habitantes na referência territorial e deve haver autossuficiência em grande parte do atendimento de alta complexidade (SOUZA, 2011).

**Tabela 3 - Macrorregiões de Saúde (2010)**

| <b>Macrorregião</b> | <b>GRS</b>   | <b>População (hab.)</b> | <b>Área (km<sup>2</sup>)</b> |
|---------------------|--|-------------------------|------------------------------|
| Centro              | Belo Horizonte<br>Sete Lagoas                                    | 6.104.310               | 58.419,07                    |
| Centro-Sul          | Barbacena  | 723.489                 | 15.105,16                    |
| Jequitinhonha       | Diamantina   | 285.030                 | 20.504,61                    |
| Leste               | Governador Valadares<br>Ipatinga                                 | 1.445.539               | 32.273,01                    |
| Leste do Sul        | Ponte Nova   | 665.813                 | 15.172,20                    |
| Nordeste            | Teófilo Otoni  | 899.010                 | 56.675,08                    |
| Noroeste            | Patos de Minas   | 652.954                 | 79.770,18                    |
| Norte               | Montes Claros  | 1.577.300               | 122.892,55                   |
| Oeste               | Divinópolis  | 1.190.853               | 29.254,30                    |
| Sudeste             | Juiz de Fora   | 1.566.672               | 24.644,77                    |
| Sul                 | Alfenas<br>Pouso Alegre<br>Poços de Caldas<br>Passos<br>Varginha | 2.609.602               | 53.813,59                    |
| Triângulo do Norte  | Uberlândia   | 1.178.946               | 42.804,55                    |
| Triângulo do Sul    | Uberaba  | 697.812                 | 35.523,28                    |
| <b>Minas Gerais</b> | -  | <b>19.597.330</b>       | <b>586.852,35</b>            |

Fonte: IMRS (2011); IBGE (2010).

A Resolução SES-MG nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais, estabeleceu uma ordem para a implantação das redes regionalizadas de urgência de acordo com os estudos baseados no YLL (*Years of life lost*) das macrorregiões de saúde definidas pelo PDR, de maneira que fossem priorizadas aquelas que apresentam os piores índices.

O indicador YLL – ou Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) – expressa a frequência de uma causa de morte, bem como a idade em que esta se deu. Deste modo, esse

indicador é capaz de aferir a mortalidade prematura, associando em um único valor “a magnitude (quantidade de óbitos) e a transcendência, ou valor social da morte, expressa pela idade em que ocorre o evento, ou seja, pela precocidade das mortes” (LUCENA e SOUSA, 2009, p. 136). No anexo III da Resolução SES-MG nº 2.607 são apresentados os resultados desse indicador para as macrorregiões de Minas Gerais. O cronograma de implantação das redes e suas respectivas macrorregiões de saúde e dados do indicador encontram-se na tabela 10.

**Tabela 4** - Cronograma de implantação das redes de atenção às urgências no Estado de Minas Gerais, segundo macrorregiões de saúde.

| <b>Macrorregião</b> | <b>APVP</b> | <b>Ano previsto de implantação.</b> |
|---------------------|-------------|-------------------------------------|
| Norte               | -           | 2009                                |
| Nordeste            | 136         | 2011                                |
| Jequitinhonha       | 111         | 2011                                |
| Centro-Sul          | 92          | 2011                                |
| Leste               | 91          | 2012                                |
| Centro              | 87          | 2011                                |
| Sudeste             | 87          | 2012                                |
| Triângulo do Sul    | 87          | 2012                                |
| Noroeste            | 84          | 2013                                |
| Leste do Sul        | 83          | 2013                                |
| Oeste               | 82          | 2013                                |
| Sul                 | 79          | 2012                                |
| Triângulo do Norte  | 79          | 2013                                |

Fonte: Anexo III da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

Um detalhe importante e que distingue esse indicador dos tradicionais é que ao YLL (ou APVP) atribui-se um peso maior às mortes de jovens . A expressão matemática é dada por (LUCENA e SOUSA, 2009):

**Equação 1** - Anos Potenciais de Vida Perdidos

$$APVP \text{ ou } YLL = \sum_i^z a_i d_i$$

em que:

$a_i$  = número de anos que faltam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorre entre as idades de  $i$  e  $i + 1$  anos;

$d_i$  = número de óbitos ocorridos entre as idades de  $i$  e  $i + 1$  anos;

$i$  = limite de idade inferior;

$z$  = limite de idade superior.

O cálculo desse indicador varia com o método utilizado para alcançar o objetivo do estudo, no que tange à definição das faixas etárias em que os prejuízos socioeconômicos têm seu início e fim.

## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados da pesquisa dar-se-á conforme dois eixos: partirá do nível de alinhamento estratégico<sup>10</sup> da política implementada no Estado com a Política Nacional de Atenção às Urgências, identificando a coordenação, a forma com que elas se relacionam e suas tensões. Em seguida, analisar-se-á caracteres do modelo adotado para essa política em Minas Gerais e sua coerência com o modelo conceitual de redes, considerando as características apontadas pelos autores considerados na revisão teórica sobre o tema.

### 4.1. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO

As principais dimensões de uma estratégia, segundo Quinn (1991), são: informar os objetivos, políticas e ações mais importantes a serem executadas; conceber-se por meio de um conjunto restrito de conceitos e forças que lhe garantam coesão, equilíbrio e força; e a criação de uma postura potencialmente flexível e seletiva que garanta o alcance dos objetivos pela organização independentemente de ações imprevistas ou desconhecidas de forças externas.

Analisando-se a legislação relativa à Política Nacional de Atenção às Urgências e o seu desenvolvimento ao longo do tempo, bem como sua relação com a política de atenção à urgência desenvolvida no Estado de Minas Gerais, verifica-se um alinhamento entre elas quanto às diretrizes gerais de construção da rede e um descompasso quanto às novidades propostas pela reforma trazida pela Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011.

No que tange à priorização das linhas de cuidado (cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica), mesmo com as seguidas reformulações da Política Nacional, que representam a próprio caráter flexível da estratégia, verifica-se um alinhamento conceitual entre os níveis federal e estadual quanto á estruturação nessas linhas de cuidado. Entretanto, quanto à estruturação dos componentes, verifica-se um descompasso entre a evolução das Políticas nesses níveis estratégicos. Conforme esquematizado na figura 7, a Política Nacional

---

<sup>10</sup> A estratégia é aqui entendida como “um padrão ou plano que integra, de forma coesa, os principais objetivos, políticas e ações de uma organização” (QUINN, 1991 apud NOGUEIRA e MOREIRA, 1998).

de Atenção às Urgências propõe a organização das Redes de Urgência em seis componentes (neste trabalho, não serão considerados os componentes de “Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde” e “Atenção Básica em Saúde” por conformarem Políticas Estratégicas estabelecidas à parte da Política Nacional de Atenção às Urgências), os quais alguns ainda não encontram uma estratégia similar na Política adotada pelo Estado de Minas Gerais:

**Quadro 8** - Equivalências de componentes e programas das políticas de atenção às urgências do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

| Ministério da Saúde                               |                      | SES-MG                  |           |
|---|----------------------|-------------------------|-----------|
| Hospitalar  | Tipo II              | Rede de Resposta        | Nível I   |
|   | Tipo I               |                         | Nível II  |
|   | Geral                |                         | Nível III |
|   | Leitos de Retaguarda |                         | Não há    |
|   | Não há               |                         | Nível IV  |
| Sala de Estabilização                             |                      | Não há                  |           |
| Atenção Domiciliar                                |                      | Não há                  |           |
| SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências |                      | SAMU Municipal          |           |
|   |                      | SAMU Macrorregional     |           |
| UPA   |                      | UPA                     |           |
| Força Nacional de Saúde                           |                      | Força Estadual de Saúde |           |

Fonte: Elaboração própria.

Esse descompasso entre a estrutura dos componentes entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais veio com a reformulação completa da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2011. Ressalta-se que a criação de novos componentes coincide com a ascensão de um novo ciclo governamental em nível federal.

No que tange ao Estado de Minas Gerais, a formulação da política ocorre na esfera da Secretaria de Estado de Saúde (Coordenação de Urgência e Emergência), nas Comissões Intergestores Bipartite e no Comitê Gestor das Redes de Urgência e Emergência. Nesse

processo de elaboração dos planos de ação regionais, em que é levado a cabo um processo de negociação entre os atores em nível local e estadual.

Na análise de documentos internos e legislação pertinente, as discrepâncias quanto aos componentes desenvolvidos no Estado de Minas Gerais e aqueles propostos pelo Ministério da Saúde, em 2011, são o principal alvo de tensões políticas e de desalinhamento estratégico. Na 26ª reunião do Comitê Gestor da macrorregião Norte, ocorrida em 28 de fevereiro de 2012, um importante representante do governo estadual expôs alguns pontos de conflito entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde:

- a) o incentivo financeiro proveniente do Governo Federal para o componente hospitalar da Política Nacional de Atenção às Urgências inicialmente atenderia somente as regiões metropolitanas do Estado, incluindo aproximadamente 20 hospitais, em desacordo com a estratégia de regionalização estabelecida no Plano Diretor de Regionalização.
- b) o critério para inclusão dos hospitais no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências seria a consideração dos indicadores de taxa de ocupação e resolubilidade hospitalar, em desacordo com a estratégia do Estado de defini-los por meio de oficinas de trabalho nas respectivas macrorregiões, com participação de todos os interessados em nível local e estadual.
- c) O componente de Salas de Estabilização difere diametralmente do modelo construído no Estado para as Redes de Atenção às Urgências. Segundo o Coordenador Estadual, a instalação das Salas de Estabilização nos municípios (principalmente aqueles situados em áreas de vazios populacionais, uma situação comum na região Norte de Minas) não solucionaria o requisito de tempo-resposta mínimo para atendimento dos pacientes. O custeio das despesas para a viabilização do modelo seria um problema, pois ensejaria a aquisição de um helicóptero para a transferência dos pacientes. Desse modo, a implantação das Salas de Estabilização somente se justificaria se instaladas no âmbito hospitalar.
- d) a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), segundo Reis, seriam mais adequadas do ponto de vista financeiro e logístico de acordo com a estratégia da política estadual de Redes de Atenção às Urgências.

O componente de Salas de Estabilização, apesar de não encontrar equivalência na Política efetivamente implantada no Estado de Minas Gerais<sup>11</sup>, pode ser equiparado aos hospitais nível IV existente em Minas Gerais quanto à equipe mínima, conforme tabela 11. Para exemplificar a importância desses hospitais no modelo adotado em Minas Gerais, aqueles classificados nesse nível representam 42% dos hospitais das Redes de Urgência das macrorregiões Norte e Centro-Sul, e 52% dos hospitais da Rede de Urgência das macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha.

**Quadro 9** – Quadro comparativo entre as Salas de Estabilização (MS) e hospitais nível IV (SES-MG)

| <b>Componente</b>             | <b>Requisitos</b>  | <b>Equipe mínima</b>  | <b>Número mínimo de leitos de observação</b> | <b>Valores de custeio</b> |
|-------------------------------|--|---|--|---------------------------|
| <b>Salas de Estabilização</b> | População coberta até 50.000 habitantes  | 1 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana. | 02   | R\$ 25.000,00             |
| <b>Hospitais nível IV</b>     | Hospitais situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar microrregional. | 1 (um) médico, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem   | Não há                                       | R\$ 35.000,00             |

Fonte: Elaboração própria.

Esses dois componentes distinguem-se quanto:

- a) aos valores de custeio;

<sup>11</sup> A Resolução SES nº 1.924, de 17 de junho de 2009, dispõe sobre a implantação e implementação das Salas de Estabilização/SE no Estado de Minas Gerais, conforme Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Entretanto, esse componente não teve uma regulamentação posterior, o que inviabilizou a implantação de qualquer unidade.

- b) as Salas de Estabilização devem ser preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte (HPP)<sup>12</sup> e estar fora da área de abrangência de qualquer UPA 24 horas, mas podem também ser instaladas em Unidades Básicas de Saúde que tenham condições funcionar ininterruptamente, enquanto os hospitais nível IV somente podem ser hospitais;
- c) quanto aos requisitos, pois enquanto o Ministério da Saúde adota um critério de população de cobertura, a Secretaria de Estado de Saúde segue o critério de tempo-resposta.

Outro ponto de diferença nas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais refere-se ao processo de implantação das novas Redes regionais. A estratégia desenvolvida e adotada pelo Estado de Minas Gerais desde a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da macrorregião Norte em 2008 segue o roteiro apresentado na tabela 12.

**Quadro 10** - Oficinas de trabalho do processo de implantação das Redes Regionais de Atenção às Urgências.

| <b>Etapa</b> | <b>Oficina de trabalho</b>          | <b>Objetivo</b>   |
|--------------|-------------------------------------|---|
| <b>I</b>     | Alinhamento conceitual              | Promove-se o alinhamento conceitual de redes de atenção à saúde do nível estratégico ao operacional, com os gestores de saúde municipais, diretores e técnicos de hospitais, representantes do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Defesa Civil, representantes da SES-MG, conselheiros municipais de saúde, dentre outros. |
| <b>II</b>    | Instrumento diagnóstico             | Estabelecem-se os pontos e o modelo de atenção da Rede de Urgência por meio de um instrumento de diagnóstico da situação de atendimento de saúde da respectiva macrorregião. Isso inclui identificar os hospitais e suas respectivas estruturas físicas e de profissionais.   |
| <b>III</b>   | Regulação                           | Estabelecem-se os fluxos de atenção da Rede de Urgência e o SAMU-192 Macrorregional. Referem-se à definição dos fluxos de referência e contra referência. Estabelece-se o sistema de regulação assistencial.  |
| <b>IV</b>    | Comitê Gestor                       | Institui-se o Comitê Gestor Regional das Urgências.   |
| <b>V</b>     | Organização do processo de trabalho | Estabelece-se o sistema de governança e financiamento da Rede de Urgência e a organização do processo de trabalho dos hospitais.  |
| <b>VI</b>    | Planejamento Estratégico            | Estabelecem-se a contratualização dos prestadores, os indicadores e metas da Rede de Urgência. Realiza-se o planejamento estratégico entre os prestadores e o Comitê Gestor.  |

Fonte: Elaboração própria.

<sup>12</sup> Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) devem: a) ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; b) estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; c) possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e c) estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70% (Portaria GM/MS 1.044, de 01 de junho de 2004).

O processo completo de discussão nas oficinas de trabalho dura, em média, oito meses. Cada etapa do projeto é validada na própria macrorregião por meio da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional (CIB Macro) respectiva. Um ponto importante desse processo que este é caracterizada por um processo incremental de desenvolvimento, de modo que a Rede já funciona efetivamente após a etapa II, de Instrumento Diagnóstico, e vai sendo construída a partir das discussões nas oficinas de trabalho seguintes e na arena do Comitê Gestor.

O processo de operacionalização das Redes de Atenção às Urgências trazido pela Portaria GM/MS nº 1.600/11 segue praticamente o mesmo processo elaborado em Minas Gerais, à diferença que o funcionamento da Rede somente inicia-se depois de decorridas todas as etapas. Inicialmente, essa mudança de estratégia não influenciou as Redes macrorregionais já constituídas, porém decorrerá em uma mudança importante do processo de constituição das Redes a serem implantadas posteriormente.

#### 4.2. ANÁLISE DO MODELO DE REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DESENVOLVIDO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A partir da pesquisa realizada neste trabalho, a análise do modelo adotado pelo Governo de Minas Gerais para o desenvolvimento das Redes de Atenção às Urgências concentrar-se-á nos seguintes elementos que indicam características de uma evolução de um modelo fragmentado para as redes de atenção à saúde: Pontos de Atenção em Saúde, Sistemas de Governança, Sistema Logístico, Sistema Lógico e Territórios Sanitários.

##### 4.2.1. Pontos de atenção em saúde

A prestação da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário é coordenada pela atenção primária em saúde, o que a torna um componente fundamental da estrutura de atenção em rede às urgências e emergências. Entretanto, verifica-se que essa não se encontra no escopo dos investimentos das Políticas nacional e estadual de atenção às urgências, que prescindem em focalizar os esforços numa rede integrada de pontos de saúde, predominando

as ações que atendam às condições agudas por meio de hospitais e unidades de pronto atendimento.

A falta de um planejamento estratégico para esse componente é encontrada em todas as regulamentações. A Política Nacional de Atenção às Urgências não menciona como será estruturado esse componente, deixando para a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) incumbir-se da organização da promoção do primeiro atendimento às urgências médicas por meio das seguintes ações: acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Essa lógica tradicional é um dos principais desafios que a implantação das Redes de Atenção às Urgências enfrenta. A implantação da Rede de Atenção às Urgências na macrorregião Norte do Estado defrontou-se com o problema da baixa resolubilidade das Unidades Básicas de Saúde, que geralmente encontravam-se desassistidas de profissionais médicos. Além disso, o funcionamento das UBS davam-se em horário restrito de 08:00 horas às 18:00 horas, somente em dias úteis, o que levava os pacientes de casos não graves a buscarem os plantões de urgência dos hospitais nesse horários. Na 5ª reunião do Comitê Gestor daquela macrorregião, ocorrida em 26 de maio de 2009, o coordenador do SAMU Regional informou que 47% dos pacientes atendidos pelo serviço eram de casos não graves, que poderiam ser atendidos pela atenção primária dos municípios. A estratégia adotada para enfrentar o problema foi estender o horário de atendimento da atenção primária de saúde até às 22 horas e em finais de semana e feriados, com médicos de plantão, garantindo o atendimento aos pacientes com agravos simples. Além disso, foi necessário envolver os Secretários de Saúde dos municípios sedes de microrregiões, acolhendo as ideias e auxiliando-os na criação de estratégias que visem diminuir a demanda reprimida desses municípios e a superlotação dos hospitais.

Grande parte do problema se deve à dificuldade de fixação do profissional médico na Atenção Primária, que garantiria o acompanhamento, estabelecimento e fortalecimento do vínculo do paciente com o serviço.

#### 4.2.2. Sistemas de governança

Quanto à forma de organização, a estrutura da rede de atenção à saúde busca a poliarquia e a horizontalidade. Essas características estão presentes nos processos decisórios que envolvem a Rede, como nos Comitês Gestores. Nessas arenas, as decisões são tomadas por consenso, e não por maioria, com ampla participação dos envolvidos. O Comitê Gestor foi identificado como o principal instrumento de governança da Rede e tem um papel de arena de discussão entre os atores dessa política. Nesse momento, percebe-se uma interlocução horizontal entre prestadores, Secretários Municipais de Saúde, representantes da Secretaria de Estado de Saúde e do SAMU. Quanto à participação social, caracterizada pela presença ativa dos conselhos de saúde na governança, essa se mostra mais ausente por alguns membros dos Comitês Gestores. São recorrentes as ausências sem justificativas dos representantes do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do Corpo de Bombeiros Militar (COBOM), da Polícia Militar e da Polícia Rodoviária Federal.

Quanto aos processos de controle e monitoramento, verificam-se ainda características de um sistema fragmentado de atenção à saúde, caracterizado por objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos. Os indicadores resumem-se a cinco: percentual de Classificação de Risco por prioridade; número de atendimentos por tipo de unidade por mês por classificação de risco; cobertura de profissionais (quantitativamente e por especialidade) por tipo de unidade; unidades básicas em funcionamento (SAMU); e unidades avançadas em funcionamento (SAMU). Os indicadores ainda prescindem em monitorar os resultados na atenção à saúde da população, com resultados clínicos e econômicos medidos.

#### 4.2.3. Sistema logístico

A tecnologia da informação apresenta-se fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das Redes de Atenção à Saúde. A articulação necessária entre todos os componentes das não ocorre pela inexistência de um sistema informatizado que integre as informações de saúde da vida dos pacientes com um cartão de identidade dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Mesmo a implantação do Protocolo de Manchester<sup>13</sup> informatizado apresenta dificuldades de adesão pelos profissionais médicos, conforme relatado no relatório “Gestão de Mudança Organizacional para apoio à implantação de sistema de Gestão Hospitalar” produzido pela consultoria Dextera, em 2011. Segundo as entrevistas coletadas em 18 unidades hospitalares do Estado, vários fatores influenciam na dificuldade de priorização e compromisso na utilização do sistema pelos profissionais das urgências.

Alguns se relacionam ao próprio ambiente de trabalho nas portas de urgência do Estado: dificuldades financeiras e falta de material básico para os atendimentos; cultura de que a área de Urgência e Emergência deve ser caótica; resistência dos médicos ao uso do sistema; alta rotatividade dos profissionais das urgências, que gera um descompromisso e descontinuidade no conhecimento e uso do sistema; confusão no fluxo de atendimento pela falta de clareza dos papéis e responsabilidades; profissionais sem familiaridade com o uso de computadores, dificultando o uso do sistema; e resistência à inovação num ambiente de alto nível de stress.

Outros se relacionam ao sistema elegido: falhas na comunicação sobre os objetivos e benefícios do sistema; suporte falho na ocorrência de problemas com o sistema; lentidão do sistema, atrapalhando o atendimento; diferenças de termos médicos originários da variante europeia da língua portuguesa (a empresa desenvolvedora do sistema tem sede em Portugal); dentre outros.

#### 4.2.4. Sistema lógico

---

<sup>13</sup> “O objetivo do Protocolo é estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, que varia de acordo com a gravidade. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; o laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos e o azul (não urgente), 240 minutos. A organização da rede possibilita encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, para a assistência mais eficaz e no menor tempo possível” (Protocolo de Manchester. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 17 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/destaques/protocolo-de-manchester> Acesso em: 09 jun. 2012)

O modelo de atenção definido para as Redes de Atenção às Urgências do Estado de Minas Gerais foi o Protocolo de Manchester, conforme Resolução SES nº 2.132, de 9 de dezembro de 2009. Nos termos do art. 1º, parágrafo único da Resolução, tem-se que:

O Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência - Sistema Manchester é um instrumento de gestão de urgência, tendo em vista a uniformização dos procedimentos, o apoio à decisão, a otimização da capacidade instalada, a qualidade/adequação dos cuidados e a responsabilização, tanto de usuários como de profissionais, indivíduos como instituições, perante o acesso aos Serviços de Urgência.

Esse modelo integrado baseia-se na estratificação de riscos e volta-se para determinantes sociais da saúde e intermediários, sobre os fatores de risco e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Na pesquisa, não foram identificadas dificuldades quanto ao protocolo em si, como algoritmo de classificação do risco dos eventos de saúde. Entretanto, identificou-se que alguns hospitais utilizavam o modelo classificação de risco desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte em 2003 denominado “Triagem Classificatória de Risco”. Este modelo foi implantado na UPAs da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no Hospital Municipal Odilon Behrens, no Hospital das Clínicas da UFMG e as unidades de urgência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Quanto ao processo de implantação do Protocolo de Manchester, o Estado forneceu capacitação para todos os profissionais que atuavam nas portas de urgência do Estado para a realização da classificação. Esses profissionais, entre médicos e enfermeiros, eram indicados pelas secretarias municipais de saúde para que realizassem o treinamento, presencial ou à distância.

#### 4.2.5. Territórios sanitários

Os territórios sanitários consideram dois critérios: a organização territorial, definida pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção, em detrimento da definição por uma lógica política; e uma população dividida por subpopulações de risco e responsabilidade

da rede, em detrimento de uma atenção voltada para indivíduos isolados. O instrumento responsável pelo planejamento e gestão na área de saúde no Estado é o Plano Diretor de Regionalização - PDR, que divide os municípios do Estado em macro e microrregiões visando estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial.

Entretanto, essa divisão em territórios sanitários cria algumas situações que devem ser consideradas. Conforme a 2ª reunião do Comitê Gestor das macrorregiões Nordeste/Jequitinhonha, realizada em 31 de maio de 2012, ocorreram deslocamentos de pacientes em unidades do SAMU para além dos limites da macrorregião em atendimento a mandados judiciais, num fenômeno denominado judicialização<sup>14</sup> do direito à saúde.

---

<sup>14</sup> “A judicialização (...) pode significar normalmente: 1) ou a expansão da jurisdição das cortes ou dos juízes ao âmbito dos políticos e/ou administradores, que é a transferência dos direitos de tomada de decisão advindos da legislatura, dos ministérios, ou do serviço civil das cortes; ou, ao menos, 2) a propagação dos métodos judiciais de tomada de decisão para além da jurisdição apropriada” (TATE e VALLINDER, 1997 apud CARDOSO JR. e PIRES, 2011).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, foi realizada uma análise sobre o desenvolvimento das redes de atenção à urgências, estruturada em uma rede de atenção à saúde, no estado de Minas Gerais.

Por meio da análise bibliográfica, documental e da legislação estadual e federal concernente ao tema, buscou-se analisar o alinhamento da estratégia da política desenvolvido no Estado de Minas Gerais com a Política Nacional de Atenção às Urgências, interpretando em que medida se dá a coordenação da estratégia entre esses os níveis federativos nessa rede de políticas. Além disso, buscou-se desenvolver uma análise do modelo adotado pelo Governo de Minas Gerais para o desenvolvimento das Redes de Atenção às Urgências concentrando-se nos seguintes elementos que indicam características de uma evolução de um modelo fragmentado para as redes de atenção à saúde: Pontos de Atenção em Saúde, Sistemas de Governança, Sistema Logístico, Sistema Lógico e Territórios Sanitários.

Antes de tudo, porém, é necessário tecer considerações sobre a utilização do conceito de redes aos novos desenhos propostos ao sistema de saúde. Esse “novo paradigma para a arquitetura da complexidade”, na proposição de Kenis e Schneider (1991), encontra uma nova seara nas políticas públicas relacionadas ao direito à saúde no Brasil. Nesse campo, o conceito é utilizado primordialmente sob os planos de rede técnica e como estratégia coletiva (em uma rede de políticas públicas), para o desenho de estruturas e atribuição de elementos ideológicos, simbólicos e organizativos. Nas redes de atenção às urgências, a rede é a metáfora que representa a ideia do fluxo de pacientes, por referência e contra-referência, na estrutura de pontos de atenção à saúde (hospitais, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde e ambulâncias) classificados para o atendimento conforme a gravidade do evento.

As principais tensões que geram um desalinhamento estratégico são as diferenças entre os componentes desenvolvidos no Estado de Minas Gerais e aqueles propostos pelo Ministério da Saúde, em 2011. Coincidente com a ascensão de um novo ciclo governamental em nível federal, essas tensões denotam as dificuldades de controle e coordenação das interdependências das redes de políticas. Conforme Teixeira (2002), essa problemática surge do fato de que os modelos de gestão foram desenvolvidos para situações intraorganizacionais, em detrimento das estruturas interorganizacionais que caracterizam as redes. O processo de

geração de consensos por meio de negociações pode ser demasiadamente lento para dirimir as questões que exigem ações mais céleres e uma maior flexibilidade.

Entretanto, há que ressaltar o alinhamento conceitual e estratégico quanto às diretrizes gerais e objetivos das Políticas relativas ao tema derivado dos princípios que norteiam o funcionamento do Sistema Único de Saúde, como a democratização o atendimento à saúde da parcela da população mais desprovida orientada pela participação popular, pelo caráter público do sistema, pela universalização e descentralização dos serviços.

Quanto ao desenvolvimento dos elementos que indicam características de uma evolução de um modelo fragmentado para as redes de atenção à saúde, um dos objetivos das Políticas implementadas, foi possível identificar vários aspectos que podem indicar um maior ou menor sucesso das ações governamentais.

Ao analisar-se a estratégia de implementação da política de redes de atenção às urgências, tanto em nível federal como estadual, identifica-se que essa prescindiu de uma integração mais profunda com a estratégia do nível primário de atenção à saúde e constitui-se como um fator fundamental para o sucesso das redes de atenção à saúde. A implantação do protocolo de Manchester informatizado no Estado de Minas Gerais, adotado como linguagem única entre os diversos pontos de atenção da rede, foi a estratégia adotada para articulação necessária entre todos os componentes da rede de atenção às urgências. Entretanto, ocorreram problemas que se relacionaram principalmente a dois pontos: às características do ambiente de trabalho nas portas de urgência do Estado e à usabilidade do sistema informatizado. Isso ainda constitui-se como um dos principais desafios da implementação da política de redes de atenção à saúde no Estado, por envolver uma grande variedade de participantes governamentais e privados.

Um elemento positivo identificado no desenvolvimento das Redes foi o sistema de governança, com a principal arena de discussão nos Comitês Gestores, considerando as vantagens das redes de políticas apresentadas por Salomon (2005) e Teixeira (2002). Compostos por uma pluralidade de atores diretamente envolvidos nas redes, identifica-se uma maior mobilização de recursos e uma diversidade de opiniões com a constituição desse foro. As definições de prioridades é feita de forma democrática, envolvendo inclusive os prestadores, que estão próximo aos problemas. O próprio processo de negociação entre os atores pode levar a adesão e ao compartilhamento das responsabilidades com as metas; Ademais, cria-se uma presença pública independente de uma estrutura burocrática,

preservando a autonomia dos participantes. Esse avanço é visível ao se identificar que não houve deserções dos atores nos momentos cruciais, ocorrendo inclusive o contrário: foram recorrentes os pedidos de instituições hospitalares em aderir ao projeto. Isso tende a comprovar a assertiva de Jacobi (2000), que afirma que as redes explicitam as riquezas intersubjetivas, organizacionais e políticas dos movimentos sociais e da sociedade civil.

Entretanto, identifica-se também uma maior dificuldade na garantia da *accountability* do processo. Um dos riscos derivados desse fato é que as metas compartilhadas podem não garantir a eficácia no cumprimento dos objetivos, pois as responsabilidades são diluídas entre os vários componentes: SAMU, UPAs, hospitais e unidades básicas de saúde. Isso ocorre com recorrência, quando os atores são confrontados com problemas que requerem ações coordenadas.

Também foram identificados problemas relacionados às características de não-exclusividade da provisão desse serviço semi-público<sup>15</sup> (no caso, o serviço de atenção de urgência à saúde), de acordo com a teoria econômica. Relacionando-se com fenômeno da judicialização à saúde, bem como ao princípio da universalidade da atenção à saúde pública, identificou-se um comportamento *free rider* de municípios fora do âmbito de atendimento das ambulâncias do SAMU, que usufruem um benefício de um bem para qual o não contribuíram por meio do Poder Judiciário.

Por fim, a pesquisa e o resultado deste trabalho sugerem uma reflexão que desemboca num questionamento: quanto ao papel do Estado na promoção das políticas de saúde, seria ele capaz de suprir todas as necessidades de atenção à saúde da população, conforme propõe a Constituição? A orientação da organização do sistema de saúde brasileiro dada pelo modelo beveridgiano<sup>16</sup>, dependente da arrecadação de impostos, é capaz de possibilitar a promoção integral da saúde num contexto de condições socioeconômicas como as do Brasil, de frágil assalariamento, baixos salários e desigualdades sociais agudas?

Frequentemente, a questão recai na discussão ideológica em detrimento da análise puramente racional. É quase um consenso a importância da promoção da atenção primária à

---

<sup>15</sup> Bens ou serviços que podem ser produzidos por privados, pois poder exclusivos. Entretanto, podem ser produzidos pelos governos, total ou parcialmente, devido aos benefícios sociais gerados e a externalidades positivas.

<sup>16</sup> Modelo aplicado no período pós-Segunda Guerra Mundial, derivado das propostas do Relatório Beveridge (Report on Social Insurance and Allied Services), publicado na Inglaterra em 1942. Esse Relatório apresentou um plano político concreto de reformas sociais abrangentes e universalistas que implantou um avançado regime de proteção social em alguns países da Europa ocidental, obtendo ampla aceitação e repercussão.

saúde pelo Estado, como um papel precípua. Entretanto, num cenário de aumento dos índices de morbimortalidade relacionados a acidentes e violências, os efeitos sociais e econômicos dessa tendência são alarmantes e o Estado faz-se importante na promoção do direito à saúde de forma integral.

Para que isso se confirme, avaliar a efetividade da implementação das redes de atenção às urgências por meio de indicadores de saúde que evidenciem padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema é necessário. Isso permitirá que se acompanhem as tendências históricas do padrão sanitário de determinados territórios num mesmo período de tempo ou em do mesmo território sanitário em variados períodos de tempo, fornecendo subsídios para estudos posteriores sobre o tema. Paralelamente, há que se aprofundar a coordenação dos esforços dos entes federados para que se alcance um maior êxito na promoção dessa política.

O que se extrai desse estudo é que não há fórmula pronta para lidar com a questão da saúde pública. Inovar no sentido de melhorar os instrumentos de gestão, aumentar a eficiência do gasto e das estratégias de promoção da saúde parece ser o caminho. Nesse contexto, a gestão em redes de atenção à saúde parece ser uma alternativa promissora.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. A.; SANTOS, S. B. D. S. Uma abordagem estrutural em redes: expondo padrões, possibilidades e armadilhas. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 12, p. 72-91, jan/abr 2010.

BERTUCCI, J. L. O. **Metodologia Básica para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos (TCC): Ênfase na elaboração de TCC de Pós-Graduação Lato Sensu**. 1. ed. São paulo: Atlas, 2011.

BÖRZEL, T. A. Organizing Babylon - on the different conceptions of policy networks. **Public Administration**, Oxford, v. 76, p. 253-273, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. 1. ed. Brasília: CONASS, v. 1, 2011. 291 p. ISBN 978-85-89545-61-7.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001: Institui a Política Nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002: Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Brasília, DF. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília, DF. 2003a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de SAMUs em municípios e regiões de todo o território brasileiro**. Brasília, DF. 2003b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008: Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências**. Brasília, DF. 2011.

BURT, R. The Network Structure of Social Capital, Research. **Organizational Behavior**, Upper Saddle River, v. 22, p. 345-423, 2000.

BUTTS, C. T. The Complexity of Social Networks: Theoretical and Empirical Findings. **Social Networks**, Lausanne, v. 23, p. 31-71, 2001.

CAPONI, S. et al. **Curso Capacitação SAMU 192 - Macrorregional**. 2. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2008. Apostila.

CARDOSO JR., J. C.; PIRES, R. R. C. **Gestão Pública e Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, v. 6, 2011.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 6<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

CONASS. **Nota técnica n.29 - Política Nacional de Atenção às Urgências: Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências**. CONASS. Brasília, p. 29. 2011.

FOMBRUN, C. Strategies for Network Research in Organizations. **Academy of Management Review**, Ada, v. 2, p. 280-291, 1982.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1988.

GONDIM, R. ( ). **Qualificação de gestores do SUS**. 2<sup>a</sup> edição. ed. Rio de Janeiro: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. ISBN 978-85-61445-67-6.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. D. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE. Distribuição do número de municípios por faixa populacional, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

JACOBI, P. Meio ambiente e redes sociais: dimensões intersetoriais e complexidade na articulação de prática coletivas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 34, n. 6, nov./dez. 2000. 131-158.

KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. ( ). **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 80-90.

KENIS, P.; SCHNEIDER, V. Policy Networks and policy analysis: scrutinizing a new analytical toolbox. In: MARIN, B.; MAYNTZ, R. **Policy Network: empirical evidence and theoretical considerations**. Frankfurt: Campus Verlag, 1991. p. 25-59.

KLIJN, E.-H.; KOPPENJAN, J.; TERMEER, K. Managing networks in the public sector: a theoretical study of management. **Public Administration**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 437-454, 1995.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1996.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 32, p. 381-387, out./dez. 1999.

LUCENA, R. M. D.; SOUSA, J. L. Anos Potenciais de vida perdidos (APVP) por AIDS: Pernambuco, 1996 e 2005. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, n. 3, p. 136-142, 2009. ISSN 0103-4065.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACROPLAN. **Processo Estratégico: Gestão do atendimento às urgências e emergências no Estado**. Belo Horizonte, p. 6. 2011.

MANDELL, M. Network Management: Strategic Behavior in the Public Sector. In: GAGE, R.; MANDELL, M. **Strategies for Managing Intergovernmental Policies and Network**. New York: Praeger, 1990.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. **Avaliação Executiva de Projetos do Governo do Estado de Minas Gerais - Regionalização: Urgência e Emergência**. Belo Horizonte, p. 28. 2010.

MINAS GERAIS. **Rede de Urgência e Emergência: Minas Gerais**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 35. 2011.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Saúde de Minas Gerais**. [S.l.]: [s.n.], 2011a.

MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Resolução SES n. 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: [s.n.], 2010.

MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina II - Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. Guia do participante.

MINAS GERAIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008.** [S.l.]. 2008.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2011-2030.** Belo Horizonte. 2011.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR). **Secretaria de Estado de Saúde**, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr)>. Acesso em: 11 Maio 2012.

MOURA, I. R. D. **Avaliação da organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia adotando como Referência a Política Nacional de Atenção às Urgências.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, p. 101. 2004. Dissertação de Mestrado.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In: PARENTE, A. ( . ). **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação.** Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 17-38.

NITSCHKE, C. A. S.; SANTOS JR, R. R. Legislação nacional e mineira de atenção às urgências. In: \_\_\_\_\_ **Curso Capacitação SAMU 192 - Macrorregional.** 2. ed. Belo Horizonte: [s.n.], Cap. 4, p. 358.

NOGUEIRA, A. R. R.; MOREIRA, P. C. A. O alinhamento estratégico e a construção do futuro: um estudo exploratório. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, Agosto 1998.

PESSOA, R. M. **Alinhamento Estratégico na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: a área meio no contexto da gestão para resultados.** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2010. Monografia (Graduação em Administração Pública).

QUINN, J. B. Strategies for change. In: MINTZBERG, H. **The strategy process: concepts, contexts and cases.** 2. ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991. p. 4-12.

RECUERO, R. **Redes sociais na internet.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

SALAMON, L. Partners in public service. Government - non-profit relations in the modern Welfare State. In: TEIXEIRA, S. M. F. **Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública.** São Paulo: [s.n.], 2005. p. 77-89.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia.** 12. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

SANTOS, L. G. A. **Rede intraorganizacional e práticas organizacionais.** Curitiba: [s.n.], 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) - UFPR.

SCHERER-WARREN, I. **Cidadania Sem Fronteiras – Ações coletivas na era da globalização.** São Paulo: Hucitec, 1999.

SCOTT, J. A toolkit for social network analysis. **Acta Sociologica**, Oslo, v. 39, p. 211-216, 1996.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA.

SAMU 192 - Objetivos. **SAMU 192**, 2012. Disponível em:

<[http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=39](http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=39)>. Acesso em: 10 Maio 2012.

SHORTELL, S. M. **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SOUZA, A. J. D. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso da Macrorregião Norte de Minas**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

SPOSITO, E. S. **Redes e Cidades**. São Paulo: UNESP, 2008.

TEIXEIRA, S. M. F. **O desafio da gestão das redes de políticas**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa: [s.n.]. 2002. p. 24.

TEIXEIRA, S. M. F. **Redes de Políticas: novos desafios para a gestão pública. Administração em Diálogo**, São Paulo, n. 7, p. 77-89, 2005.

TICHY, N. M. Networks in organizations. In: NYSTROM, P. C.; STARBUCK, W. H. **Handbook of Organizational Design**. Londres: Oxford University Press, v. 1, 1981. p. 385-408.

TICHY, N.; TUSHMAN, M.; FOMBRUN, C. Social network analysis for organizations. **Academy of Management Review**, Ada, v. 4, p. 507-519, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems**. World Health Organization. Geneva. 2001.

## ANEXO A – Evolução da Política Nacional de Atenção às Urgências

(continua)

| ← 2000 | 2001   | 2002   | 2003  | 2004   | 2005 | 2006   | 2007 |
|--------|--|--|---|--|------|--|------|
|        | <p><b>Portaria GM/MS nº 737/01</b><br/>Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (16/05)</p> | <p><b>Portaria GM/MS nº 344/02</b><br/>Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde (19/02)</p> | <p><b>Portaria GM/MS nº 1.863/03</b><br/>Institui a Política Nacional de Atendimento às Urgências (29/09)</p>   | <p><b>Decreto Federal nº 5.055/04</b><br/>Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências (27/04)</p>                              |      | <p><b>Portaria GM/MS nº 399/06</b><br/>Divulga o Pacto pela Vida e que estabelece a regionalização como uma das diretrizes para a gestão dos sistemas de saúde (22/02)</p> |      |
|        |  | <p><b>Portaria GM/MS nº 2.048/02</b><br/>Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (05/11)</p>                                  | <p><b>Portaria GM/MS nº 1.864/03</b><br/>Institui o Componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de SAMU em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192 (29/09)</p> | <p><b>Portaria GM/MS nº 1.044/04</b><br/>Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (01/06)</p>  |      | <p><b>Portaria GM/MS nº 2.529/06</b><br/>Instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (19/06)</p>   |      |
|        |  |  |   | <p><b>Portaria GM/MS nº 2.657/04</b><br/>Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192 (16/12)</p> |      |  |      |

| 2008   | 2009   | 2010   | 2011  | 2012 → |
|--|--|--|---|--------|
| <p><b>Portaria GM/MS nº 2.970/08</b><br/>Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192 (8/12)</p> | <p><b>Portaria GM/MS nº 1.020/09</b><br/>Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (UPA e SE) para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências (13/05)</p> | <p><b>Portaria GM/MS nº 4.279/10</b><br/>Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (30/12)</p> | <p><b>Resolução CNS nº 443/11</b><br/>Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (09/06)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 1.600/11</b><br/>Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (07/07)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 1.601/11</b><br/>Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências (07/07)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.026/11</b><br/>Estabelece diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências (24/08)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.029/11</b><br/>Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (24/08)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.338/11</b><br/>Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) (3/10)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.395/11</b><br/>Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (11/10)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.648/11</b><br/>Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências (07/11)</p> <p><b>Portaria GM/MS nº 2.952/11</b><br/>Institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FNSUS), dentre outros (14/12)</p> |        |

Fonte: Elaboração própria

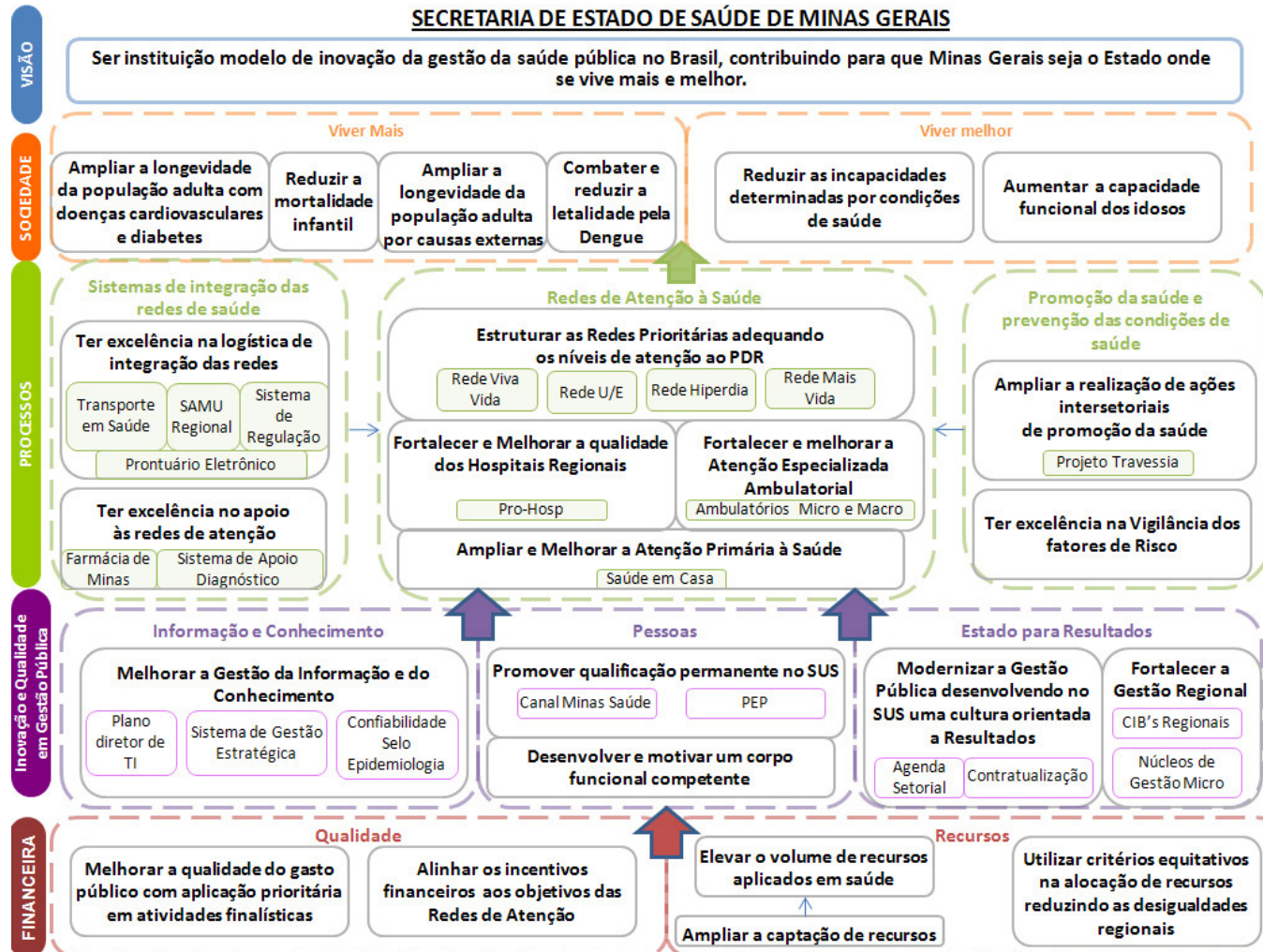
## ANEXO B – Organograma da SES-MG



ASSESSORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO  
Dezembro / 2011

\* Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011  
Decreto nº 45.812 de 14 de dezembro de 2011.

## ANEXO C – Mapa estratégico da SES-MG



## ANEXO D – Mapa Estratégico de Desenvolvimento (PMDI 2011-2030)

