



**REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS  
E A PRODUÇÃO VIVA DE MAPAS DE CUIDADO**

**PROCESSO 428431/2018-6**

Modalidade: Auxílio à Pesquisa

**Relatório técnico-científico final**

*18/02/2019 a 28/02/2022 (36 meses)*

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

**Pesquisador responsável:** Ademar Arthur Chioro dos Reis

**São Paulo, abril de 2022**

## Sumário

<b>Instituições parecerias .....</b>	<b>04</b>
<b>Equipe de Pesquisa .....</b>	<b>04</b>
<b>Quantidade de alunos envolvidos .....</b>	<b>06</b>
<b>Apoio institucional recebido .....</b>	<b>07</b>
<b>Financiamento da Pesquisa .....</b>	<b>08</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>09</b>
<b>Considerações preliminares .....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>14</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>15</b>
O percurso metodológico .....	15
Aspectos Éticos .....	21
Análise de Implicação .....	22
<b>Resultados .....</b>	<b>25</b>
<b>Contribuições analíticas a partir do material empírico referente à RUE nas regiões de saúde estudadas .....</b>	<b>25</b>
Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde .....	25
Organização dos serviços de urgência e emergência em redes de atenção à saúde no brasil: uma revisão integrativa .....	26
Rede de atenção às urgências e emergências: contextos de influência e de produção de textos .....	26
Gestão regional e a produção singular da rede de atenção às urgências e emergências .....	27
Mapa-síntese da RUE nas regiões de saúde .....	28
RUE: desarticulação em rede - uma rede que não enreda... (ou uma rede modelada com vista a evitar disputa com outras lógicas de cuidado) .....	29
A culpabilização dos usuários e a “cultura da doença da população” .....	33
A fragilidade da Atenção Básica .....	34
UPA .....	36

Atenção Domiciliar como inovação .....	37
As singularidades do SAMU em cada região (desconfiança, lentidão e desinvestimento) .....	39
O poder e a centralidade dos hospitais .....	41
Regulação das urgências: seus diferentes arranjos e limites .....	48
A modelagem da RUE como expressão de uma política de governo da vida .....	54
Construção da integralidade na rede de urgência e emergência: o cuidado para além dos serviços .....	55
A RUE 'em cena': contingências e produção do cuidado no contexto da prática .....	56
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>57</b>
<b>Participação em eventos científicos .....</b>	<b>63</b>
<b>Publicações .....</b>	<b>65</b>
<b>Orientações .....</b>	<b>67</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>69</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>73</b>



## Instituições parceiras

- Faculdade Meridional – IMED (RS)
- RS SSA Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde - Rio Grande do Sul
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS-SP
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – COSEMS-RS

## Equipe de Pesquisa

### a) Unifesp

- **Ademar Arthur Chioro dos Reis (coordenador)** – Doutor em Saúde Coletiva pela Unifesp (2011). Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). Ex-Ministro de Estado da Saúde (2014-2015).
- **Rosemarie Andreazza** – Doutora em Saúde Pública pela USP (2001) e Pós-doutora na área de sociologia da saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - Instituto Universitário de Lisboa (2009). Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). Pró-reitora de Gestão de Pessoas da Unifesp (2012-2016).
- **Lumena Almeida Castro Furtado** – Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ (2016). Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp). Ex-Secretária Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2014-2015).
- **Eliane Cardoso de Araujo** - Doutora em Saúde Pública pela USP (2001). Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).
- **Mariana Arantes Nasser** - Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 2015. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).

- **Ana Lúcia Pereira** - Mestre em Enfermagem pela EPM/UNIFESP. Especialista em Saúde Coletiva pela FCM/UNICAMP. Graduação em Enfermagem de Saúde Pública pela EPM/UNIFESP. Docente no Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.
- **Nelma Lourenço de Matos Cruz** - Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva (Unifesp). Aprimoramento em Farmácia Hospitalar, pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Farmacêutica da UTI do Hospital São Paulo.
- **Luís Fernando Nogueira Tofani** – Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2016). Doutor em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento e Gestão (EPM - Unifesp). Cirurgião dentista.
- **Jorge Harada** - Mestre em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina (1993). Médico do quadro técnico de nível superior do Departamento de Medicina Preventiva (EPM-Unifesp).
- **Olívia Felix Bizetto** - Mestranda em Saúde Coletiva (Unifesp). Especialista em Saúde da Família (Santa Marcelina) e Gestão Pública em Saúde (Santa Casa de São Paulo, 2010). Sanitarista no Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.
- **Larissa Maria Bragagnolo** - - Mestre em Saúde Coletiva (Unifesp). Especialista em Saúde Coletiva. Fisioterapeuta Sanitarista do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.
- **Andre Luiz Bigal** - Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela Unifesp. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina. Graduação em Farmácia (UNIESP/SP). Sanitarista no Dep. de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.
- **Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano**. Discente (Medicina) da Escola Paulista de Medicina /UNIFESP.
- **Gabriela Rodrigues da Silva**. Discente (Medicina) da Escola Paulista de Medicina /UNIFESP.

**b) IMED:**

- **Cristian Fabiano Guimaraes** – Doutorado em Psicologia Social e Institucional pela UFRS (2015). Professor pesquisador e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade Meridional (IMED).
- **Andressa Rebequi** - Mestranda em Saúde Coletiva (Unifesp). Coordenadora do Curso de Enfermagem da IMED (RS). Especialista em Preceptoria no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês, Brasil (2017)



- **Michelle Flores Henchen** - Discente (Medicina) da Faculdade de Medicina /IMED-RS.
- **Julia Quadri Bortoli** - Discente (Medicina) da Faculdade de Medicina /IMED-RS.

#### **Apoio Administrativo e Técnico:**

- **Marta Otuka Oikawa** – Graduação em Jornalismo. Auxiliar em Administração do Quadro de servidores técnico-administrativo do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.
- **Tatiane Daniel dos Santos** - Graduação em Direito. Assistente em Administração do Quadro de servidores técnico-administrativo do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP.

#### **Quantidade de alunos envolvidos**

- Graduação 4
- Mestrado acadêmico 1
- Doutorado 1
- Pós-doutorado 1



## **Apoio institucional recebido**

Para o desenvolvimento da pesquisa contamos com significativo apoio da Unifesp, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da EPM, do Instituto Meridional, instituição de ensino superior localizada em Passo Fundo (RS), da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP). Além disso, pudemos contar também com o apoio de diversas secretarias municipais de saúde e das diretorias regionais de saúde das secretarias de estado da saúde de São Paulo e do Rio Grande do Sul.

A estratégia metodológica interinstitucional desenvolvida na realização do estudo facilitou a produção da empiria. Em particular, os representantes da Secretaria Estadual de Saúde do RS e do COSEMS-SP foram importantes facilitadores para que fosse possível viabilizar as entrevistas e o material documental utilizado nas atividades do grupo de pesquisa.

O projeto foi apresentado pelos pesquisadores em reunião da diretoria do COSEMS-SP e aos dirigentes das regionais de saúde dos dois estados. Contamos com membros do grupo de pesquisa que atuaram em funções de gestão ao longo da pesquisa (o Coordenador de Planejamento em Saúde da SES-RS e um secretário municipal de saúde em São Paulo, que também era membro da diretoria do Cosems-SP. Além disso, houve esforços do coordenador da pesquisa que pessoalmente envolveu-se na mobilização dos dirigentes regionais e municipais para a obtenção de autorização para que fossem realizadas as entrevistas.

Deve-se destacar, ainda, o apoio administrativo dado ao grupo de pesquisa por meio de servidoras dedicadas à tarefa pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), que teve um papel relevante na organização e apoio dos trabalhos

## Financiamento

A pesquisa contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq a partir da aprovação do projeto ‘A Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados’ submetido à Chamada Universal MCTIC/CNPq nº 28/2018, concedido mediante o Termo 428431/2018-6.

Obteve-se, ainda, recursos oriundos do Instituto Meridional (RS) visando o pagamento de bolsas de pesquisas para os pesquisadores do Rio Grande do Sul.

- CNPq – R\$ 29.758,00:
  - Custeio: R\$ 22.060,00
  - Capital: R\$ 2.898,00
  - Bolsa de Iniciação Científica – IC (12 meses) R\$ 4.800,00
  
- IMED – R\$ 36.000,00
  - Bolsas de Pesquisa: R\$ 36.000,00
  
- **Total** R\$ 65.758,00

## Resumo

**Objetivo:** analisar o processo de implementação e conformação dos modos de produção do cuidado da política de Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em duas regiões de saúde: Campinas (SP) e Passo Fundo (RS). Procura, ainda, identificar analisadores da produção micropolítica presentes no processo de pactuação e implementação da RUE nessas regiões; analisar as possíveis mudanças no processo de gestão a partir da implementação das RUE; e caracterizar as transformações ocorridas nos modos de produção do cuidado em saúde a partir da implementação das RUE. **Metodologia:** a pesquisa tem caráter qualitativo, com abordagem micropolítica, e caracteriza-se como estudo de caso e foi desenvolvida através de revisão de literatura, análise de documentos oficiais, coleta de depoimentos de gestores municipais e estaduais, entrevistas narrativas com usuários, e entrevistas em profundidade com gerentes de serviços. No total, foram entrevistados 61 sujeitos. A análise teve como referência a 'Abordagem do Ciclo de Políticas'. A pesquisa foi desenvolvida por pesquisadores dos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM) e da Imed-Faculdade Meridional de Passo Fundo (RS), com apoio de gestores regionais e municipais de saúde e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Os principais resultados apontam para uma política pública de caráter plural e multifacetado, formulada a partir de diversas influências sociais, econômicas, políticas e teóricas, que expressa como intencionalidade a ampliação do acesso e o cuidado integral em situações de urgência e emergência em saúde. No contexto da prática, apesar da ênfase aos aspectos organizativos e ao financiamento, é observada a política 'em cena' onde podem ser identificadas ações de gestão e de produção de cuidado induzidas pela política, mantidas apesar da política e produzidas para além da política da RUE. A relação entre a política oficial e a ação micropolítica dos gestores, tornou-a uma produção singular no campo da governança regional; a necessidade de autonomia dos usuários e a dimensão do cuidado familiar apontam para caminhos na construção da integralidade; há evidências de produções vivas induzidas pela política que qualificam o cuidado, embora iniquidades sejam mantidas ou produzidas; e, a necessidade de articulação entre os componentes em rede, embora evocada, traduz-se em conexões frágeis e não regulares. **Considerações Finais:** A compreensão dos complexos processos que envolvem as políticas públicas de saúde, os interesses e poderes que as atravessam, tem potencial para fortalecer os atores implicados com a luta pela promoção da equidade em saúde e pela justiça social.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Gestão em Saúde; Política de Saúde; Sistemas de Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Urgência; Micropolítica.

## Considerações preliminares

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde (Brasil, 1988) e tem sido fundamental enquanto política pública para efetivação do direito constitucional à saúde no país. Apesar do atual cenário político nacional de inflexão de políticas públicas, nas últimas décadas as diretrizes organizacionais da descentralização e regionalização foram materializadas e propiciaram avanços e desafios na estruturação do sistema (Chioro dos Reis et al, 2017).

Desde os anos 90 tem sido proposto a revisão do modelo hierarquizado da pirâmide constituída por atenção primária, secundária e terciária (CECÍLIO, 1997).

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de 2010 (Brasil, 2010) representou uma nova etapa de organização do sistema, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado e produzir mudanças nos modos de produção do cuidado à saúde. As redes temáticas priorizadas pelos gestores do SUS foram: Cegonha (Brasil, 2011), Urgência e Emergência (Brasil, 2011), Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012) e Doenças Crônicas (Brasil, 2014).

As RAS propõem um novo modelo de estruturação do sistema com o objetivo de se obter melhores resultados epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2010). Este modelo vem sendo utilizado em diversos países com processos de transição epidemiológica, onde predominam condições e agravos crônicos, como o Canadá e a Europa Ocidental (Mendes, 2010). Segundo Silva e Magalhães (2008), justifica-se também pela necessidade de cuidados continuados em saúde para os portadores de doenças crônicas, como estratégia para garantia da integralidade e pela perspectiva da economia de escala e de escopo.

A Rede de Atenção às Urgências (RUE) foi proposta com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de saúde, de forma ágil e oportuna, tendo descrito como pontos de atenção: unidades básicas de saúde, serviços de atenção pré-hospitalar, hospitais e atenção domiciliar (Brasil, 2011). Nos últimos anos, avanços têm sido alcançados com alguns resultados relevantes, mas ainda há muito a ser aprimorado, e uma série de dificuldades a serem superadas para se engendrar novos arranjos de gestão e governança para as redes e novas práticas assistenciais, de forma a se transformarem em uma nova cultura institucional na saúde (Jorge, 2014).

Na experiência de implementação das Redes Temáticas podemos identificar dois grandes campos conceituais que se interconectam: *as Redes de Atenção à Saúde* (Mendes, 2010) e *Redes Vivas de Saúde* (Merhy et al, 2014). A relação entre estes referenciais não são aqui entendidos como determinísticos ou dicotômicos, mas imanentes e complementares, constituindo um *continuum*, como propõe Guerreiro Ramos (2009) ao definir as teorias P (possibilidade) e N (necessidade) no campo da administração pública.

A definição das RAS como redes constituídas por diversos pontos de atenção à saúde, com centralidade da atenção básica, sistemas logísticos e de apoio (Mendes, 2010), contém elementos estrutural-funcionalistas. Trata-se de uma proposta universalista de intervenção, onde a determinação pelo eixo racional/legal, como transmissor de normas, legislações e objetivos oficiais, procura induzir a “homeostase” do sistema (Lins e Cecilio, 2007). Traz também um novo modelo de financiamento para o SUS, através de incentivos e/ou orçamentação global atrelados ao atingimento de metas. Busca superar a lógica de remuneração por procedimentos e reforça a ação indutora de políticas pelo Ministério da Saúde (Moreira et al, 2017).

A proposta de implementação das RAS também tem como aposta o fortalecimento da regionalização e da governança regional. A conformação das atuais 438 regiões de saúde no país e dos espaços regionais de gestão não garante um processo vivo e potente de regionalização (Chioro dos Reis et al, 2017). A regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, é uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos (Mendes et al, 2015).

No caso da RUE, a aposta em uma política nacional, conduzida pelo Ministério da Saúde com forte indução financeira, baseada no planejamento regional, apoiado por instrumentos legais-normativos extensos, com base na ideia que um modelo baseado em “fixos e fluxos” pode ser aplicada em diferentes realidades, pode ter desencadeado processos meramente burocratizados, com alguma reorganização do sistema, mas não necessariamente obtendo os resultados propostos na transformação dos modos de produção do cuidado em saúde (Tofani, 2016).

Por outro lado, o conceito de Redes Vivas de Saúde (Merhy et al, 2014) é fundamentado no processo micropolítico de gestão e do trabalho em saúde. O processo de produção do cuidado em saúde em ato torna-se a matéria-prima da gestão da saúde através de coletivos em análise sobre seus processos de trabalho e educação permanente em saúde. Chioro dos Reis et al (2017) propõem a Regionalização Viva como potencializador da gestão e governança regional, a depender do investimento na micropolítica das relações, na perspectiva dos encontros que acontecem em cada território.

O processo de implementação de políticas públicas tem sido alvo de diversos estudos sob a perspectiva micropolítica. Por micropolítica entende-se *“o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada realidade*

*organizacional” (Cecílio, 2007), ou ainda, “o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, como decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde” (Feuerweker, 2014).*

A gestão da saúde apresenta desafios, dentre outros, pela característica do trabalho profissional (Souza & Viana, 2016). Ao descrever um trabalhador de saúde idealizado, chamado “trabalhador moral”, Cecílio (2007) já alertava que a concepção funcional/moral é um problema, porque não há arranjo institucional, por mais público e coletivo que seja, que consiga capturar ou circunscrever a complexidade das relações institucionais. Algo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional. Também o protagonismo dos usuários do sistema de saúde, ao construir seus próprios itinerários terapêuticos, através do regime de “regulação leiga”, transcende as estruturas e processos rígidos (Cecílio, 2014). O estranhamento e a externalidade dos gestores com o espaço micropolítico na gestão em saúde traduz-se em práticas e modelos de implementação de políticas públicas que buscam normalizar e controlar este território (Cecílio, 2012). Ou seja, as políticas oficiais, no caso a organização do sistema de saúde em redes, são reprocessadas nos campos da particularidade e da singularidade (Lins e Cecílio, 2007), adquirindo novos desenhos nem sempre “planejados” por seus formuladores (Chioro dos Reis, 2011).

## Objetivos

### Objetivo geral:

Analisar o processo de implementação e conformação dos modos de produção do cuidado da Rede de Atenção às Urgências (RUE) em duas regiões de saúde.

### Objetivos específicos:

- a) Identificar analisadores da produção micropolítica presentes no processo de pactuação e implementação da RUE;
- b) Analisar as diferentes produções no processo de gestão a partir de sua implementação nas regiões de saúde de Campinas (SP) e Passo Fundo (RS);
- c) Caracterizar as transformações ocorridas nos modos de produção do cuidado em saúde a partir da implementação da RUE nas regiões de saúde.

## Metodologia

### a) O percurso metodológico

A pesquisa ‘Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados’ foi desenvolvida no âmbito da Linha de Pesquisa “A Gestão do Trabalho e do Cuidado e(m) Saúde” pelo Laboratório de Saúde Coletiva – LASCOL: Política, Planejamento e gestão em Saúde, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e ao Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

A pesquisa, de natureza qualitativa, é caracterizada como estudo de caso, com abordagem micropolítica (Cecílio, 2007; Feuerwerker, 2014; Mehry et. al, 2014), e foi desenvolvida em três fases, em duas regiões de saúde.

A escolha da rede temática de atenção às urgências (RUE) deu-se pela incipiente produção acadêmica identificada sobre o tema, além da relevância e repercussão que tem para a saúde da população brasileira, bem como a contribuição para análise de políticas públicas, já que toma como objeto de estudo as redes propostas no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências. (Brasil, 2011)

O estudo foi desenvolvido em duas regiões de saúde, uma no Estado de São Paulo e outra no Rio Grande do Sul.

Em São Paulo, optou-se por analisar a Região de Saúde Metropolitana de Campinas, no Estado de São Paulo, que conta com uma população estimada em 3.231.033 habitantes (IBGE, 2019), perfil epidemiológico de transição e alta concentração de serviços de saúde que integram o SUS, cuja gestão é compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e os 20 municípios que a compõem. Foi escolhida por ter sido uma das primeiras a pactuar a RUE e por ser caracterizada como uma região de saúde típica, dentre as 63 Regiões de Saúde do estado de

São Paulo. Na RM Campinas as entrevistas foram realizadas em cinco municípios de diferentes portes.

No Rio Grande do Sul, o estudo foi desenvolvido na Região de Saúde Planalto (Passo Fundo), composta por 28 municípios. Passo Fundo é um polo macrorregional na atenção secundária e terciária, sendo município sede da macrorregião norte de saúde do Rio Grande do Sul e da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, que abrange 62 municípios, sendo que 48 possuem menos de 10.000 habitantes. A cidade é uma referência na área da saúde não apenas para o Rio Grande do Sul, mas também para a região oeste dos estados de Santa Catarina e do Paraná.

Foram escolhidos três municípios de diferentes portes, a partir de indicações efetuadas pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Embora a escolha dos municípios tenha sido intencional, partiu de alguns critérios previamente elegidos pelos pesquisadores: municípios de portes distintos; que contavam com pelo menos três pontos de atenção constitutivos da RUE; e, por fim, que houvesse em cada um gestores que, em algum momento, tivessem participado do processo de pactuação e implementação da RUE na região. Inicialmente, as reuniões do Grupo de Pesquisa foram realizadas presencialmente, quinzenalmente, sendo que os membros do polo de Passo Fundo-RS participavam virtualmente dos encontros. A partir da eclosão da pandemia de COVID-19, as reuniões passaram a ser realizadas integralmente em caráter virtual, sem qualquer interrupção.

Vale salientar que as atividades de campo já estavam praticamente concluídas na RMC e sofreram importante atraso na Região do Planalto, pois o cronograma previsto coincidiu com a eclosão da primeira onda pandêmica, em 2020, cujas medidas de restrição e distanciamento físico foram mantidas ao longo de 2021. Algumas poucas entrevistas, nessa fase, tiveram que ser conduzidas virtualmente.

Na primeira fase da pesquisa foram entrevistados os gestores municipais e regionais e na segunda usuários que utilizaram a RUE. No terceiro momento do estudo, foram entrevistados

gerentes e trabalhadores dos diferentes tipos de serviços que compõem a RUE da região de saúde estudada.

Na região de Metropolitana de Campinas foram entrevistados, em todas as fases da pesquisa, 31 sujeitos. Na Região Planalto (Passo Fundo-RS), foram entrevistados 30 sujeitos, totalizando 61 entrevistados, conforme disposto no quadro a seguir:

Entrevistados na Região Metropolitana de Campinas - RMC (SP) e Região de Saúde Planalto - RP (RS). 2019-2020.			
Fase 1: Gestores de Saúde	RMC	GEC1	Gestora Estadual Regional
	RMC	GEC2	Gestora Estadual Regional
	RMC	GEC3	Gestora Estadual Regional
	RMC	GEC4	Gestora Estadual Regional
	RMC	GMC1	Gestor Municipal de Saúde
	RMC	GMC2	Gestora Municipal de Saúde
	RMC	GMC3	Gestora Municipal de Saúde
	RP	GEP1	Gestora Estadual Regional
	RP	GEP2	Gestora Estadual Regional
	RP	GMP1	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP2	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP3	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP4	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP5	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP6	Gestor Municipal de Saúde
	RP	GMP7	Gestor Municipal de Saúde
	Fase 2: Usuários do SUS	RMC	U1H
RMC		U2H	Acidente Vascular Cerebral
RMC		U3H	Infarto Agudo do Miocárdio
RMC		U1I	Acidente Vascular Cerebral
RMC		U2I	Acidente Vascular Cerebral
RMC		U3I	Infarto Agudo do Miocárdio
RMC		U4I	Trauma
RMC		U5I	Trauma
RP		UD1	Acidente Vascular Cerebral
RP		UD2	Infarto Agudo do Miocárdio
RP		UD3	Trauma
RP		UM1	Acidente Vascular Cerebral
RP		UM2	Infarto Agudo do Miocárdio
RP		UM3	Trauma
RP		UP1	Acidente Vascular Cerebral
RP		UP2	Infarto Agudo do Miocárdio
RP		UP3	Trauma
	RMC	G1C	Coordenadora de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RMC	G2C	Diretor de Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) Municipal
	RMC	G3C	Coordenador de Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) Municipal

Fase 3: Gerentes de Serviços de Saúde	RMC	G4C	Coordenador Administrativo de Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	RMC	G5C	Gerente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	RMC	G6C	Diretor de Pronto Socorro de Hospital Municipal
	RMC	G7C	Responsável Técnica pelo Serviço de Internação Domiciliar
	RMC	G1H	Gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RMC	G2H	Gerente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	RMC	G3H	Coordenador de Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) Regional
	RMC	G1S	Gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RMC	G2S	Gerente de Serviço de Atenção Domiciliar
	RMC	G3S	Responsável Técnica por Hospital Filantrópico
	RMC	G1E	Coordenadora da Unidade de Emergência de Hospital Universitário Estadual
	RMC	G2E	Coordenador de Urgência de Hospital Regional Estadual
	RMC	G3E	Coordenadora do Projeto da Central de Regulação Regional de Urgências
	RP	G1D	Diretor Geral de Hospital Filantrópico
	RP	G1M	Responsável Técnica de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RP	G2M	Responsável Técnica de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RP	G3M	Responsável Técnico de Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)
	RP	G4M	Diretor Administrativo de Hospital Filantrópico
	RP	G1P	Responsável Técnico de Unidade Básica de Saúde (UBS)
	RP	G2P	Responsável Técnica de Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)
	RP	G3P	Diretor Administrativo de Hospital Filantrópico
	RP	G4P	Coordenador de Urgência e Emergência de Hospital Filantrópico
	RP	G5P	Coordenador de Emergência de Hospital Filantrópico
RP	G6P	Diretor Geral de Hospital Filantrópico	
RP	G2E	Coordenadora de Planejamento Regional	

Na primeira fase, foram entrevistados nove gestores municipais e regionais na Região Planalto. Destes, dois eram gestores regionais responsáveis pela coordenação do planejamento ou pelas ações em saúde. Nos municípios de pequeno e médio porte foram entrevistados os Secretários Municipais de Saúde e os coordenadores da Atenção Básica. Já no de grande porte, além do secretário, entrevistou-se as coordenadoras da atenção básica e da média e alta complexidade.

Na segunda fase foram entrevistados nove usuários em cada Região de Saúde estudada, sendo três em cada município. Como critério de eleição, esses usuários do SUS em momento recente das suas histórias, tinham sido acolhidos pelos serviços de urgência existentes na região de saúde estudada, nas diferentes linhas de cuidado (traumatologia, cardiologia e AVC). Os usuários-guia foram identificados pelos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

de cada município ou dirigentes das secretárias municipais de saúde e estavam sendo acompanhados no momento da pesquisa pelo SUS. As entrevistas com os usuários-guia foram realizadas com a utilização do método biográfico para a coleta de narrativas sobre a utilização da RUE.

Na terceira e última fase, doze gerentes dos pontos de atenção da RUE foram entrevistados na Região do Planalto e 16 na Região Metropolitana de Campinas, entre eles, responsáveis técnicos pelo SAMU, diretores de hospitais de referência regionais, coordenadores dos serviços de urgência e emergência hospitalares, gerentes de UBS /Estratégia Saúde da Família, de equipes de Atenção Domiciliar, Unidades de Pronto-Atendimento e de Centrais de Regulação, em cada um dos municípios escolhidos nas regiões de saúde estudadas. Aos entrevistados dessa fase foram apresentadas duas narrativas que foram construídas a partir dos depoimentos dos usuários na segunda fase do estudo. Após a leitura das narrativas, os informantes foram convidados a refletir sobre a RUE na região de saúde.

Utilizou-se entrevistas semiestruturadas para coletar os depoimentos dos usuários e dos gerentes de diferentes serviços que compõem a RUE. Ao todo, nas três fases da pesquisa, participaram do estudo trinta sujeitos na Região Planalto e 31 na RMC. Para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas com vista a identificar analisadores.

Partiu-se de um olhar analítico transversal dos dados coletados com objetivo de fazer aparecer conteúdos comuns e heterogêneos que funcionam como analisadores da micropolítica da gestão e do cuidado na rede estudada. Compreende-se como analisador (Rossi & Passos, 2014, p.18) "(...) aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional. Esse conceito, é inseparável do conceito de transversalidade, porque é numa situação de questionamento das hierarquias e especialismos que o analisador surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despessoaliza a intervenção" (Rossi & Passos, 2014, p.18). O desafio consistiu em articular os analisadores que foram se evidenciando no percurso de análise, de modo a compor um mapa que nos

permitisse aproximar da produção da RUE na região estudada, no plano da gestão e do cuidado.

Para a produção de uma das teses de doutoramento e alguns artigos por meio dos quais divulgamos os resultados, optamos ainda por utilizar o referencial teórico-metodológico da 'Abordagem do Ciclo de Políticas Públicas', desenvolvida por Ball (Rezende & Baptista, 2015). Trata-se de um referencial crítico ao modelo tradicional do Ciclo de Políticas e que aponta para a complexidade dos processos das políticas públicas que não podem se limitar a fases estanques e sucessivas (Rezende e Baptista, 2015). Para Ball (1993), a política pública é texto e discurso, sendo analisada mediante os Contextos de Influências, de Produção de Textos e da Prática que estão interrelacionados, não têm uma dimensão temporal e não são etapas lineares (Mainardes, 2006). A Abordagem do Ciclo de Políticas é um referencial teórico-metodológico influenciado pelo Pluralismo Teórico, onde se agregam e compõem diversos referenciais, do Pós-estruturalismo através da compreensão sobre a imanência entre a macro e micropolítica, e a Teoria Crítica, comprometida com a redução das desigualdades, iniquidades e com a Justiça Social (Ball, Mainardes, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida através de revisão de literatura, análise de documentos oficiais, coleta de depoimentos de gestores municipais e estaduais, entrevistas narrativas com usuários, e, entrevistas em profundidade com gerentes de serviços nas duas regiões de saúde. Teve caráter indutivo, ou seja, a partir do material empírico foram produzidos conceitos e agregados novos referenciais, considerando o pluralismo teórico (Mainardes e Marcondes, 2009).

Entende-se que do ponto de vista epistemológico é possível tomar a política como objeto de produção de conhecimento, buscando analisar como essa, que foi formulada no espaço de governo, se desenvolve nos vários espaços institucionais, construída cotidianamente por atores que a reinventam a partir das singularidades de cada contexto (Chioro dos Reis e Cecílio, 2009).



## b) Aspectos Éticos

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP mediante o parecer consubstanciado n. 2.447.067/2017, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto também foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional - IMED e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - ESP/RS.

Os entrevistados foram contatados previamente para o agendamento de um encontro individual. Foram entrevistados em seus espaços de trabalho (gestores e trabalhadores de saúde) ou domicílio (usuários) para não prejudicar o andamento de suas atividades. No primeiro contato foram explicitados os objetivos do estudo na tentativa de obter adesão à participação na pesquisa.

Todos tiveram liberdade de participar da pesquisa, mediante assinatura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os riscos envolvidos limitaram-se aos possíveis constrangimentos dos entrevistados.

Na condução deste estudo as identidades dos sujeitos da pesquisa que responderam às entrevistas foram preservadas, já que todos os procedimentos realizados tiveram os cuidados necessários para assegurar confiabilidade e credibilidade. O sigilo e o anonimato foram garantidos a todos os participantes que tiveram seus nomes codificados para facilitar as análises. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo o conteúdo eliminado automaticamente após a transcrição, o que implica minimizar o risco de exposição pessoal e profissional do entrevistado, cabendo salientar que não há nenhum outro risco envolvido.

### **c) Análise de Implicação**

A implicação dos pesquisadores com seus objetos de estudo tem sido um desafio para a ciência e para o desenvolvimento de investigações. Neste campo, a produção epistêmica aponta para diferentes referenciais: a ‘neutralidade do pesquisador’, a ‘declaração da implicação’ e a ‘análise de implicação’. Descrevemos, a seguir, estas três opções teórico-metodológicas da produção científica que utilizamos como caminhos em relação ao objeto desta pesquisa: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Primeiro, refutamos a tese de neutralidade do pesquisador e da ciência. Concordamos com autores como Minayo (2006) que consideram a produção do conhecimento sempre histórica e ideológica, refutando pressupostos do positivismo clássico, como a neutralidade da ciência e a pretensa separação pesquisador-objeto. Para a autora “a relação entre o sujeito investigador e o sujeito investigado é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (Minayo, 2006, p.42). Assumimos a posição definida por Abrahão et al. (2016) de ‘pesquisador in-mundo’, onde a produção do conhecimento opera na perspectiva da constituição do sujeito-pesquisador no mundo, in-mundo, com o objeto. O eu-pesquisador, além de relacionar-se com o campo, escolhe o tema do estudo, declara pressupostos, delinea o percurso metodológico, seleciona referenciais teórico-conceituais e define os recortes analíticos. Portanto, o desafio que se coloca enquanto ciência e validação do conhecimento é a produção de um plano comum, embora heterogêneo, entre pesquisador e pesquisados (Kastrup& Passos, 2013).

Em segundo lugar, nosso grupo de pesquisa é claramente implicado com o objeto que nos propusemos a estudar. A implicação é definida por Lorau (2004, p. 190) como “um nó de relações, nem boas (voluntarismo), nem más (sentido jurídico-policial)”. Cecílio (2014) aponta para o que denomina duplo (gestor-pesquisador ou trabalhador-pesquisador) ou

tríplice (gestor-trabalhador-pesquisador) estatuto do investigador em estudos que envolvem as políticas públicas de saúde. Os membros do Lascol e os parceiros que construíram essa pesquisa enquadram-se no tríplice estatuto. Formado por profissionais de saúde, que atuam há décadas no SUS, vivenciamos o cotidiano de diversos serviços, inclusive de urgência. Muitos dos membros do grupo também tiveram a oportunidade de serem gestores do SUS, na direção de secretarias municipais, estaduais e do próprio Ministério da Saúde, colaborando na formulação e implantação de diversas políticas de saúde. Vivenciamos, em diferentes espaços de governo, o processo de formulação, pactuação e implementação das Redes de Atenção à Saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo e no Rio Grande do Sul, atuando como gestores e dirigentes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP em diversas instâncias, como membros das Comissão Intergestores Regional, Bipartite e Tripartite, dos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde e o Grupo Condutor de Redes – GT Redes, em constante diálogo com membros das diversas esferas de gestão, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Ministério da Saúde. Somos também pesquisadores e estudiosos dos temas de política, planejamento e gestão da saúde, buscando registrar e refletir sobre processo que participamos. Configura-se, assim, o tríplice-estatuto ‘trabalhador-gestor-pesquisador.’

Claro que compreendemos que há limites entre o reconhecimento da não-neutralidade e a mera declaração de implicação. Para além de negar a neutralidade e declarar a implicação, tomamos como principal referencial a necessidade de uma análise dos pesquisadores em relação ao objeto de estudo, não só a implicação, mas a análise desta (Lorau, 2004). Ainda, de acordo com Merhy (2004, p.13)

Neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar.

Ao realizarmos a pesquisa o grupo de pesquisa colocou-se em auto-análise permanente, utilizando de referenciais de Lorau (2004) e Cecílio (2014) que indicam categorias que dão uma certa instrumentalidade para a análise de implicação. Para Lorau, pode-se analisar a implicação dos pesquisadores a partir da Relação com o Objeto, com a Encomenda, com as Instituições, com a Teoria e com a Escrita. Já Cecílio propõe como analisadores as Relações no Grupo de Pesquisa, com as Instituições do Campo e as 'Vozes' dos Usuários dos Serviços.

Em relação à encomenda, ou melhor, à demanda social, compreendemos que é nosso compromisso – professores, pesquisadores, sanitaristas, gestores, trabalhadores e militantes do SUS - a produção de um sistema de saúde que atenda às diversas necessidades em saúde da população na busca pela integralidade. O acesso à assistência à saúde em situações de urgência e emergência é uma necessidade declarada pela população em diversas vozes e através de inúmeros meios que expressam o quão sensível é esta área. Para além dos modelos sanitários tradicionais que evocam para si a promoção da saúde, as vigilâncias em saúde e a atenção básica programática, a integralidade da atenção deve incluir o cuidado aos quadros agudos em serviços de urgência e/ou hospitalares. Duramente criticado por seus altos custos, baixa resolubilidade e pela superlotação, os serviços de urgência devem ser ressignificados e, principalmente, integrados aos demais pontos de atenção à saúde. Portanto, a entrada de profissionais, gestores e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva em serviços de urgência e emergência, hospitalares ou não, torna-se imprescindível.

Assumimos uma posição crítica aos limites dos métodos puramente quantitativos de investigação que são majoritariamente enviesados pelo 'fetichismo' da avaliação de cunho gerencialista nos estudos de políticas públicas. Para além de resultados, buscamos compreender os processos, a significação e a ressignificação da política de atenção às urgências no campo micropolítico.

A inclusão da escuta de usuários e a coleta de suas histórias de vida na relação com a Rede de Atenção às Urgências trouxeram novos elementos à pesquisa. A abordagem não foi simples:

os riscos de indução nas respostas e a fuga do viés avaliativo estiveram presentes em todos os momentos. Entretanto, o material coletado tornou-se riquíssimo e abriu novas perspectivas de análise.

## Resultados

### Contribuições analíticas a partir do material empírico referente à RUE nas regiões de saúde estudadas

#### CAOS, ORGANIZAÇÃO E CRIATIVIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (Artigo 1)

A análise das publicações evidenciou cinco núcleos de sentido:

- O paradigma das RAS;
- A Atenção Básica como coordenadora das RAS;
- Regionalização, redes e governança regional;
- O cuidado em rede;
- Desafios para implementação das RAS.

Os resultados dessa revisão apontam para duas questões centrais:

- Como superar a fragmentação do cuidado, garantindo a integralidade, compondo as redes de atenção à saúde a partir de concepções teóricas distintas?
- Como a produção das redes de cuidado pode impactar nas relações interfederativas, no processo de financiamento, no acesso ao sistema e na qualidade dos processos de cuidado em saúde?

## **ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA (Artigo 2)**

A revisão das produções científicas sobre a temática aponta para:

- fragilidades na articulação em rede,
- manutenção da centralidade dos serviços hospitalares,
- atenção básica relegada ao campo discursivo.

A introdução de novos serviços e dispositivos formais na rede de cuidado não é suficiente para sua qualificação, sendo central a implantação de processos de articulação entre os serviços de saúde e investimento nos profissionais e gestores locais dos serviços de urgência e emergência.

## **REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: CONTEXTOS DE INFLUÊNCIA E DE PRODUÇÃO DE TEXTOS (Artigo 3)**

O contexto de influências foi conformado por diferentes vetores incluindo:

- a disputa pela legitimação do SUS,
- o neoliberalismo e o sub-financiamento da política de saúde;
- o gerencialismo como modelo para a administração pública;
- a necessidade de resposta à demanda social pela solução da crise das portas de urgência hospitalares;
- as influências para organização do sistema de saúde no modelo de Redes de Atenção à Saúde.

Já os textos da RUE expressam:

- valores de cidadania, acesso, qualidade e integralidade;
- propósitos de expansão e nacionalização da política;
- melhoria do tempo-resposta;
- influências da política anterior de urgência, da política de humanização do SUS, do modelo conceitual de RAS e da área de administração hospitalar,
- conceitos do campo da Saúde Coletiva como a epidemiologia, a promoção da saúde e a atenção básica.

Considerações:

A análise dos contextos de influência e de produção dos textos da RUE permite concluir que seu caráter plural e multifacetado pode trazer desafios para a sua implementação.

**GESTÃO REGIONAL E A PRODUÇÃO SINGULAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (Artigo 4)**

**- comum às duas regiões de saúde -**

A gestão regional foi coproduzida na relação entre a política oficial e a ação micropolítica dos atores locais. Para além do protagonismo dos gestores municipais e regional, que se dá entre disputas e alianças nos espaços de pactuação interfederativa (CIR) e no grupo condutor da política, outros atores também estão presentes e participam da conformação da RUE

Foram identificados como analisadores da produção micropolítica:

- as diferentes dinâmicas dos processos;
- as disputas, movimentos e interesses dos atores;
- o poder dos hospitais;
- a fragilidade da regulação governamental;
- os desafios da gestão de redes;
- o “não lugar” do cuidado na pactuação;
- a culpabilização do usuário;
- a culpabilização da “atenção básica”
- os avanços percebidos.

Apesar dos momentos e contextos diferentes em que se deu a pactuação e implementação da RUE, nas duas regiões os processos deram ênfase aos aspectos organizativos e ao financiamento, havendo baixo investimento na produção de diferentes modos de produção do cuidado em saúde.

A gestão regional é coproduzida na relação entre a política oficial e a ação micropolítica dos atores locais.

A RUE, enquanto política pública induzida nacionalmente pelo Ministério da Saúde, torna-se uma produção singular no campo da governança regional.

<b>Região Metropolitana de Campinas (SP)</b>	<b>Região Planalto (RS)</b>
O processo de planejamento da RUE na RMC é declarado como participativo e com forte componente técnico, envolvendo os membros da CIR (gestores), técnicos dos municípios e DRS, apoio do Ministério da Saúde (inclusive com presença de membros do alto escalão), além da participação de representantes dos hospitais prestadores de serviços na região que exercem forte influência na pactuação.	A CIR não aparece como espaço de pactuação e harmonização da região de saúde e os gestores (municipais e estaduais) estão ausentes na produção das redes. A gestão interfederativa apresenta-se subsumida, parece não se enunciar nessa para além da contratualização formal dos prestadores. Está fortemente subordinada aos interesses econômicos e à lógica dos hospitais de referência regional.

<b>Mapa-síntese da RUE nas regiões de saúde</b>	
<b>Região Metropolitana de Campinas (SP)</b>	<b>Região Planalto (RS)</b>
<p>Atenção Básica consolidada, com modelagens e arranjos de cuidado heterogêneos, inclusive com a oferta de atenção domiciliar (que emerge como novidade), percebida como pouco resolutiva e incapaz de atender as urgências. Rede de UPAs a apenas 3 municípios da região. Hospitais de diferentes portes, em diferentes regimes de administração, são centrais na rede e produzem seleção de demanda a partir de múltiplos interesses. Diferentes regimes de regulação operando concomitantemente à regulação governamental tensionada pelas dificuldades produzidas pela regulação estadual centralizada na capital e a efetuada pelos municípios, fortes e centrais na rede. A RUE está presente, sem ser perceptível. Induziu mudanças, que a ela não são atribuídas. Parece ter sido constituída à margem do projeto técnico-político que a embasou e financiou. O processo foi baseado em organização/estruturação com o interesse no financiamento ofertado, principalmente para os hospitais, havendo poucos movimentos para transformação na produção do cuidado.</p>	<p>Atenção Básica fragilizada, SAMU descreditado, ausência das UPAs, Hospitais fortes e centrais na rede, ausência/omissão da Regulação Estatal e instituição de um regime de regulação operado em cada hospital pelos NIR. Estes Hospitais fortes e centrais na rede autorregulam a demanda a partir de seus interesses. Acaba-se reproduzindo o instituído: a hegemonia do modelo biomédico, privatista e hospitalocêntrico. A RUE tende a ser traduzida e encaixada ao existente, marcadas por este último, caracterizando-se como um movimento de sobreposição do existente à novidade, diminuindo a potência do novo para produzir mudanças do sistema de saúde.</p>
<p>A análise da RUE, em síntese, permite colocar em evidência a necessidade de radicalizar ou subverter a perspectiva estrutural-funcionalista presente na concepção das redes de atenção no Brasil, superando seu formalismo em direção à produção de redes locais/singulares. Ainda está para ser inventado como fazer a gestão dessas diferentes singularidades locais com o intuito de garantir a integralidade do cuidado e sua resolutividade. O desafio do ponto de vista da produção de políticas públicas seria o de garantir uma dimensão comum, porém heterogênea, para a rede de atenção às urgências/emergências. Assim, coloca-se o problema de como intervir no sentido de modelar as relações interfederativas e o financiamento para produzir descontinuidade de um modelo (biomédico e hospitalocêntrico) de conformação de redes de atenção na atualidade.</p>	

**RUE: desarticulação em rede - uma rede que não enreda...  
(ou uma rede modelada com vista a evitar disputa com outras lógicas de cuidado)**

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p><b>Rede, pouco conectada, mas rede...</b></p> <p>Ainda que distante da rede idealizada, na RMC os diferentes pontos da RUE foram aparecendo, meio desconexos, mais ou menos potentes, mas presentes. Mesmo não reconhecendo que estão contidos na política formal, UBS, UPA, SAMU, SAID, hospitais e a regulação emergiram a medida em que as narrativas dos usuários foram sendo apresentadas aos gerentes entrevistados. Se fosse constituída apenas pela lógica que opera nos hospitais, provavelmente a RUE na RMC seria uma rede composta a partir da exclusão...</p> <p>Movimentos que alteram substancialmente a gestão dos serviços parecem incidir fortemente sobre a capacidade operacional e mesmo sobre a disposição dos gerentes e trabalhadores em operar na lógica de redes. Na RMC pudemos observar movimentos distintos, no que se refere às mudanças, mas que guardam semelhanças e foram diretamente destacados pelos gerentes entrevistados.</p> <p>Mudanças importantes em Campinas ocorreram a partir da reestruturação administrativa que vinculou Hospitais, UPAs e o SAMU à uma autarquia municipal, não subordinada à SMS (já que a AB, especializada e domiciliar não foram abarcadas e ficaram sob comando paralelo, da administração direta) promovendo fragmentação na rede e, na opinião de vários entrevistados, retrocessos em alguns processos consolidados nos territórios (reuniões de território, internações sensíveis à AB, comunicação de alta) e dificuldades de comunicação. A gestão da Rede de Urgência através da autarquia parece ter se tornado “uma coisa à parte” e parece ter produzido uma</p>	<p>O modelo tecnoassistencial existente na Região paradoxalmente expressa potências e fragilidades. É inegável, todavia, que privilegia um modelo de atenção fortemente direcionado pelo crivo das especialidades e dos serviços de alta densidade tecnológica. Uma modelagem organizada a partir do hospital, de forma verticalizada, responsável por reproduzir uma lógica de cuidado fragmentada, que se afirma num cenário sem modelagens diferentes disputando com o hospital a conformação da rede de atenção e a oferta de cuidado às urgências e emergências. A modelagem de rede existente no território é adaptada aos interesses que estão em jogo. É esse movimento que aglutina e adensa não apenas os investimentos e o custeio, mas também as políticas e o sentido do cuidado centrados no registro do hospital, que expressa uma modelagem de RUE “administrada”.</p> <p>A rede é concebida como um amontoado de poucos serviços hospitalares de alta densidade tecnológica que existem sem qualquer conexão com outros equipamentos de saúde existentes no território, com pouca diversidade de equipamentos e de modelagens de cuidado distintas do modelo biomédico e hospitalar. A UPA, por exemplo, não é percebida como equipamento resolutivo, capaz de impactar sobre as dificuldades existentes na região e fazer diferença na rede. Trata-se, apenas, de um equipamento que representaria “um peso (financeiro) a mais para o sistema de saúde municipal”.</p> <p>O hospital apresenta-se na Região como exemplo</p>

rede partida, fragmentada da gestão, com um pedaço da autarquia e outro composto pelos distritos e demais serviços que estão sob gestão direta da SMS. O cuidado, assim, 'é produzido com outra lógica, e fica secundarizado à dimensão administrativa, com enfraquecimento da gestão territorial. Na percepção de alguns entrevistados, que atuam no SAMU, SAID e em UBS, essas mudanças comprometeram o funcionamento em rede. Um deles afirmou: *“Eu acho que era uma rede e hoje não tem mais uma rede. É um serviço de urgência que atende e nem devolve o paciente. Atende e o paciente sai de lá, porque se ele devolvesse, a gente sabia que tinha passado por lá. Não era perfeito antes, mas a gente tinha uma rede. Os casos mais graves a gente ficava sabendo, conseguia discutir e hoje não”*. A reforma administrativa nesse município, substituindo a (problemática) OS, que havia se transformado em caso de polícia, por uma autarquia municipal, não foi capaz de enfrentar a fragmentação e de produzir uma rede municipal de saúde de fato. Ao contrário, reforçou o movimento de segmentação.

Já em outro município estudado, por outro lado, ainda que sob direção de uma gestão municipal potente, a reestruturação administrativa que repassou a gerência do hospital municipal, UPAs e o SAMU a uma OSS foi apontada como fator decisivo para induzir a formação de rede. De certa forma, isso faz com que a visão de rede esteja fortemente associada à gestão, aos serviços que estão “pendurados” administrativamente à mesma linha de mando, onde se tem a pretensão de produzir um mundo administrado, “perfeito e regulado” – por dentro e com os de dentro – ainda que no território, além dos usuários, estejam os demais serviços e arranjos necessários para o cuidado...

#### **Arranjos- apostas**

de eficiência no cuidado à saúde. Os serviços extra-hospitalares como retrato caótico e desorganizado. Essa separação é sintomática, pois toma esses dois universos como mundos distintos e desconectados, ocupando duas realidades de sistema de saúde num mesmo território.

Fica evidente a existência de um sistema de saúde dependente do hospital e das práticas de cuidado construídas com base no paradigma do modelo biomédico e especializado.

Sequer os arranjos induzidos pela PNAH ou pela PNAU, por exemplo, se apresentam com alguma potência ou visibilidade, à exceção do NIR, que ocupa um papel especial na lógica estabelecida na RS Planalto. Além disso, “cercar o hospital” com serviços pré-hospitalares (UBS, UPA, SAMU, SAD, etc) não basta. A análise comparativa da Região de Campinas, mas bem aquinhoadas destes, indica que não é suficiente. Para além de outros serviços, outros arranjos de cuidado se impõem, ou seja, não se trata (apenas) de construir uma nova rede, recheada de pontos de atenção, mas de uma rede que cuide de forma diferente em seus distintos pontos.

Redes se conformam a partir de comunicação, fluxos e referências, que possam exigir uma rede de cuidados para além de uma rede só de serviços. Não podem prescindir, inclusive, de redes sociais de apoio aos usuários. A comunicação em rede acaba se conformando, em alguns pontos e situações, fundamentalmente pelas relações pessoais e profissional.

Parece existir, com certo potencial (pelo menos no plano das apostas), a constituição de arranjos de rede que, embora menos temáticos, usam elementos da política de redes de atenção à saúde, tanto para produzir os pontos de atenção da rede como dispositivos, sobrepondo as dificuldades colocadas pelos modelos temáticos.

O impacto indutivo da RUE na RMC parece ter feito o acolhimento virar um tema central, que se apresenta como a principal mudança na AB (escuta qualificada) e nas UPA (classificação de risco).

Assim, ainda que sem a formulação discursiva constitutiva da política de Redes, e sob forte indução a partir da gestão municipal, com gerentes “profissionalizados”, que atuam há muito tempo na rede e sobre os quais foram efetuados investimentos significativos na gestão, emergem dos diálogos com os gerentes dos diferentes serviços, a presença de arranjos que intentam a mudança do modelo de cuidado. Ainda que o foco, por exemplo, na AB, continue centrado na prevenção e promoção (discurso oficial), que seja perceptível a tradicional separação entre vigilância e assistência, o debate sobre o cuidado às urgências em rede acaba fazendo emergir arranjos múltiplos, como dito, disparados por iniciativas da gestão, mas que adotados pelas equipes dos diferentes serviços acabam se constituindo em importantes e variados dispositivos de ação que apropriados pelos profissionais e se

<p>transformam em espaços vivos de produção de novas possibilidades, tais como encontro multiprofissional, reuniões de equipe, acolhimento, educação permanente, matriciamento, sistema integrado de informação/prontuário eletrônico, apoiadores, NIR, alta responsável, grupos de WhatsApp, acesso avançado, Classificação de Risco, encontros no território (inclusive intersetoriais). Movimentos cuja potência também são percebidos quando deixam de ser realizados, sobretudo pelas mudanças de gestores e governos, como nos relatou um entrevistado: <i>“O encantamento e reconhecimento do trabalhador e do seu papel no SUS se perdeu sem a EP...”</i></p> <p>Claro que sua implantação pode ensejar conflitos, resistências e até mesmo boicote pelos servidores. Em parte, a tensão oriunda da profusão de vínculos empregatícios, assim como gerentes terceirizados, característica dos serviços na região (assim como no país), parecem interferir de maneira importante no cotidiano. Cabe mesmo refletir como construir rede com esse grau de fragmentação e precarização...</p>	
---	--

### A culpabilização dos usuários e a “cultura da doença da população”

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p>Ainda que apontado como um dos problemas que afetam o sistema de urgência de e emergência, manifestações de gerentes direcionadas à responsabilização dos usuários, quando emergiram, foram fundamentalmente direcionadas a busca considerada desnecessária de acesso nas UPAs para urgências de baixa complexidade que deveriam ter como locus de cuidado a atenção básica, a quem atribuem a responsabilidade por essa inadequação.</p> <p>A demanda de usuários para atenção às urgências também emerge como um desafio – e por vezes problema – para as UBS, resultando na busca de soluções, como por exemplo, o acolhimento e a implementação do acesso avançado, visando diminuir as tensões geradas. Desta forma, muitos arranjos deixam de ser produzidos em rede a partir da naturalização dessa lógica de culpabilizar os usuários ou a AB.</p>	<p>Tal qual na RMC, há uma forte responsabilização dos usuários para explicar os problemas enfrentados pela RUE. Gestores e gerentes hospitalares, ao problematizarem a sobrecarga das portas de entrada, culpabilizam o usuário, afirmando uma suposta “falha” dos mesmos, resultado de uma cultura existente na região.</p> <p>A “cultura da população”, por ser repetida de forma sistemática por diferentes entrevistados, compõe um certo “clichê” explicativo para os problemas gerados pela modelagem de rede existente. Essa cultura que está encarnada nos usuários combina fracasso do mesmo no cuidado de si e precária educação sanitária.</p> <p>Mas os problemas da RUE, que se manifestam com maior evidência nas portas de entrada dos hospitais, não dizem respeito a cultura do usuário, mas a agenciamentos que agem na modelagem da RUE e na produção de sentidos sobre o processo saúde doença e sobre a produção do cuidado. No movimento da culpabilização, infantilização e segmentação do usuário, pode-se melhor compreender como a arte de governar se efetua marcando o corpo, modelando os afetos e a subjetividade dos sujeitos</p>

<b>A fragilidade da Atenção Básica</b>	
<b>Região Metropolitana de Campinas (SP)</b>	<b>Região Planalto (RS)</b>
<p><b>A culpa é da AB</b></p> <p>Gestores que atuam na RUE tendem a atribuir parte considerável dos problemas da urgência na RMC às deficiências da rede básica. Não há reconhecimento, a não ser pelos próprios gestores de UBS ou quando algum outro gerente discorre no plano discursivo (destacando a importância do acesso, território, longitudinalidade, responsabilização, vínculo, etc), de que a AB seja parte constitutiva da RUE, ainda que tenha práticas, como o acolhimento, que foram induzidas pela RUE, ou outros arranjos que conectam as UBS com os demais pontos de urgência (UPA, Hospital, AD, SAMU). Na visão que se depreende da análise do papel da AB na RUE, a cultura organizacional, ainda centrada na prevenção e sem espaço para acolher as pequenas emergências ou mesmo para controlar os doentes são indicativos da falta de qualificação, credibilidade e capacidade de garantia de acesso na AB. O papel das UBS na RUE chega a ser visto por alguns como “discurso de sanitário”.</p> <p>Note-se que o atendimento à demanda espontânea na AB em Campinas e em outros municípios da região vem crescendo em demanda e complexidade, e é uma atividade consolidada, fruto de investimentos em atenção básica consideráveis efetuados ao longo das últimas décadas. Em parte, atribui-se essa dificuldade à baixa competência técnica do pessoal e ao despreparo dos médicos das UBS para atenderem urgências - <i>“Aqui não é UPA!!!”</i> – o que retoma outros achados do nosso grupo de pesquisa sobre limites e dificuldades da AB. A própria transição do modelo assistencial de atenção básica “tradicional” para Estratégia de Saúde da Família ou para “Acesso Avançado”</p>	<p><b>a) A invisibilidade da AB e sua culpa na superlotação dos hospitais</b></p> <p>A AB é uma estratégia presente, porém não é valorizada como recurso tecnológico capaz de contribuir com as condições de urgência e emergência. É vista como um recurso que nunca cumpre seu papel, que é incapaz de responder de forma eficiente às necessidades de cuidado. A superlotação das emergências é percebida como resultado da ineficiência da AB. A concepção vigente é a de que o hospital é o principal (e praticamente único) ponto de referência para situações de urgência e emergência. A AB é desinvestida de meios e potência para produzir o cuidado em saúde e integrar a RUE. Não há protagonismo e/ou liderança da AB na coordenação (ordenação) do cuidado no território. Sua atuação é marcada por práticas de cuidado que se organizam de forma burocrática e reativas às necessidades de saúde da comunidade.</p> <p><b>b) AB seletiva, administrada e ordenadora do cuidado para o setor privado</b></p> <p>Na região, a AB expressa-se como uma estratégia de cobertura ampla, mas com caráter seletivo, direcionada para usuários que não estão cobertos pela rede de assistência suplementar/privada. O usuário, quando encaminhado à regulação, é empilhado e esquecido na fila. Vínculo fica restrito à uma prática seletiva de caráter clientelístico, necessária para agenciar o acesso dos usuários do serviço público para os serviços privados existentes no território.</p> <p>O acesso dos usuários à atenção especializada e aos serviços e procedimentos diagnósticos privados é agenciado pelos trabalhadores e gestores do SUS e ganha corpo num contexto</p>

para tensionar e ampliar essa dificuldade em incorporar o cuidado às urgências na AB. Parte das dificuldades, todavia, são atribuídas à indisponibilidade de equipes de SF e ACS em número suficiente para implementar as mudanças necessárias. Para atender à pressão de demanda e recorrentes reclamações, campo conflituoso da AB, o acesso avançado é indicado como estratégia para diminuir as insatisfações da comunidade, sem maiores problematizações sobre suas consequências para o cuidado. Torna-se imperativo analisar em maior profundidade esse arranjo.

Gerentes das UBS indicam que há mesmo tensões e resistências das equipes, principalmente médicos (“os mais difíceis”), mas que se *“resolvem com conversa: fácil, tranquilo, gostoso... (...) com dialoga com profissionais, pondo-os na roda”*. Para que isso seja possível, muitas vezes, é preciso “reinterpretar” as propostas da gestão para as equipes, ainda que pareça fazer o tradicional usando nova denominação. Referem, ainda, a produção de estratégias como matriciamento, EP, implantação de sala de estabilização, por exemplo, para qualificação das UE na atenção básica

Se os gerentes de UBS identificam uma relação positiva da AB com o SAMU (onde este existe), inclusive para apoio à atenção domiciliar, um ponto de tensão destacado é a relação da AB com as UPA, em particular sobre que tem a responsabilidade de cuidar e manejar as urgências de baixa complexidade, com percepções mútuas de oneração do outro serviço por tal função.

A RUE da RMC apresenta grandes dificuldades para se “conectar” como rede. Não há adequada comunicação entre UBS e UPA, entre UBS/UPA com os Hospitais. Gerentes das UBS indicam que as informações (contra-referência) não retornam, o que torna difícil para a AB fazer

singular no qual o sistema local de saúde se compõe na articulação público-privado.

Há na região uma “política de descontos e parcerias”, naturalizada no sistema local de saúde, que é ativada a partir da AB sem maiores reflexões ou críticas, seja por parte dos gestores, seja dos trabalhadores da rede pública local. Um dos municípios chega a fornecer na AB um “voucher de desconto” que garante ao usuário o seu atendimento especializado no hospital mediante pagamento de apenas uma parte do custo total do atendimento realizado.

Ao final, na Região do Planalto não se compõe um projeto de AB capaz de operar a intersecção entre a mesma e os dispositivos da RUE. A AB não é vista com tal potência por usuários e trabalhadores/gestores de outros pontos da rede. A organização da rede básica é ordenadora do cuidado para os serviços parceiros privados, através da composição de uma rede complementar aos serviços públicos.

<p>“busca ativa” e acompanhamento pós-alta hospitalar, ordenar, referenciar e operar em rede.</p>	
---	--

UPA	
Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p>A RUE na RMC é fortemente marcada pela implantação de UPA e do Sistema de Classificação de Risco em diversos municípios, que se transformaram na face mais visível e quase que sinônimo da RUE na região. Essa estratégia de alguma forma reforça o imaginário da população sobre cuidados em urgência (acesso rápido a médicos e procedimentos) e parece ter sido implementada sem prioridade para o acolhimento das urgências de pequena e média complexidades pela AB, ainda que em usuários adscritos aos serviços básicos.</p> <p>A implementação das UPA se deu sem a produção de canal específico para integração com outros serviços, ainda que dispostos no mesmo território (longe de ser uma rede viva). Seus gerentes não reconhecem as UBS como constitutivas de rede de urgência, e as consideram demandadoras de usuários que deveriam ser acolhidos nas próprias UBS. Para eles, a atenção às urgências de baixa complexidade não é papel da UPA, mas uma disfunção produzida pela atenção básica. Desconhecem a relação entre AD com as UPA (“é coisa da UBS”). O sentimento é que pertencem a uma rede formada apenas pelas UPA, SAMU, hospitais de referência, onde é possível uma dimensão simbólica que se expressa como “diálogo entre iguais”.</p>	<p>Na Região Planalto não houve investimento na implantação de UPAs. Essa decisão parece responder às consequências de uma lógica que privilegia a prestação privada, concentrada na porta de urgência dos hospitais privados, em detrimento da oferta pública. A indicação de que um hospital municipal, cuja oferta se concentra em ações de baixa e média complexidades, não prosperou, tendo ao final sido reforçada o caráter do mesmo como estabelecimento hospitalar, sob promessas de adensamento tecnológico e mudança de perfil que não se cumpriram</p>

<p>O agravamento da crise de financiamento do SUS resultou na construção de UPA que não foram inauguradas, constituindo-se em um problema grave do ponto político para a região. Também impacta na adoção de múltiplas configurações assistências, como UPA que passam a funcionar 12 hs, atuando em concorrência assistencial com as UBS, reforçando o modelo de pronto-atendimento, pouco resolutivo e que aponta para uma perspectiva distinta da formulada pela política de UE.</p>	
---	--

<p align="center"><b>Atenção Domiciliar como inovação</b></p>	
<p><b>Região Metropolitana de Campinas (SP)</b></p>	<p><b>Região Planalto (RS)</b></p>
<p><b>AD como um ponto relevante de inovação da RUE, ainda que não reconhecida como componente</b> A AD surge na RUE da RMC como novidade, com algo que funciona muito bem na região para os pacientes crônicos que precisam de cuidados domiciliares. A AD é destacada como um cuidado relevante que se integra com as UBS, UPA, SAMU e hospitais na continuidade do cuidado, em diferentes situações, ainda que não seja reconhecida como um dos componentes constitutivos da RUE, postando-se como um serviço “externo”, que desde fora apoia a rede de urgência. O olhar restrito ao serviço e uma relação por demanda com os demais serviços (ainda que mediada por protocolos e PTS), impõem maiores dificuldades para que se constitua uma rede viva.</p>	<p>Na Região Planalto não houve qualquer menção à atenção domiciliar. Trata-se de um tema ausente, pois a ligação entre pontos de rede é efetuada diretamente entre a atenção básica e os hospitais.</p>

Marcada por processos artesanais de cuidado (com predominância de tecnologias leves e leveduras), multiprofissionais e prescritivos, são destacados como um modo de cuidado continuado que faz a diferença que faz a diferença para egressos de internações hospitalares ou das UPA, ou para acompanhamento de usuários das UBS com enfermidades crônicas e incapacidades e que merecem ser visibilizados. Também é compreendida pelos gestores de hospitais e UPAs como um serviço com potencial para desospitalização com impacto na superlotação hospitalar. AD é mais um potente observatório da rede, da perda de oportunidades de intervenção e agravamento dos casos. Do quanto o cuidado está fragmentado e das dificuldades de acesso e continuidade do cuidado na rede

Trata-se aqui, de uma rede entre diferentes componentes da RUE que parece ser tecida pessoa a pessoa pelas diferentes áreas envolvidas, compondo outros fluxos que não foram necessariamente imaginados e previstos na política de UE.

As relações mais exitosas em rede são mesmo construídas com as UBS (reconhecida como o ponto mais “frágil” da RUE), mas com muitas dificuldades com os outros pontos. Mas que é diretamente impactada pelas possibilidades ou fragilidades dos serviços, das ofertas, das equipes. AD nos municípios desprovidos de SAMU, por exemplo, tem seu resultado comprometido. Nem pode operar de forma consistente, simbólica e operacionalmente, sem estar no ou integrada com o hospital, em particular porque nem todos operam com perspectivas de promover a desospitalização.

### As singularidades do SAMU em cada região (desconfiança, lentidão e desinvestimento)

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p><b>Desinvestimento e riscos de um SAMU potente</b></p> <p>Ainda que alguns apontamentos tenham sido efetuados sobre problemas de tempo-resposta com o SAMU, esse não é o tema central na região.</p> <p>A RMC é marcada pela oferta restritiva de serviços pré-hospitalar móvel. A presença do SAMU é extremamente desigual na região. Apenas três dos seus 17 municípios possuem SAMU, entre os quais Campinas, que já contava com o serviço antes mesmo dele se transformar em política nacional, em 2003. Onde está presente, cumpre papel destacado do ponto de vista regulatório para garantir acesso à rede de urgência. A incompletude é indicada com um dos pontos mais críticos e negativos para a RUE na RMC.</p> <p>A implantação da regulação do SAMU (re)define o perfil das UPA, é fundamental para que as UBS possam acolher e lidar com casos de urgência e no suporte para as situações de agravamento de pacientes em cuidado domiciliar. O regulador de acesso acaba sendo o SAMU, que decide para onde o paciente será encaminhado. Ao fazer a regulação entre UPA e a referência hospitalar, diminui a participação da regulação estadual efetuada pela CROSS, apontada com um fator que dificulta o acesso à rede de urgência. Emerge com maior potência a regulação municipal. Em virtude da articulação locorregional com os hospitais de referência, o SAMU parece conseguir regular mais que CROSS e ajudar os serviços a enfrentarem a superlotação, favorecendo a operação em rede. A percepção é que consegue estabelecer, onde esta presente na RMC, uma regulação profissional mais efetiva, particularmente quando se estabelece uma relação</p>	<p><b>a) Samu: ponto de rede e dispositivo clínico-terapêutico</b></p> <p>O SAMU é percebido pelos entrevistados e pelos usuários, exceto pelos gerentes desse serviço, como um serviço que pouco tem a contribuir com a promoção do cuidado na RUE no território locorregional.</p> <p>A morosidade de reposta do SAMU é consensual na região e resulta na sua subutilização, ainda que seu complexo sistema de avaliação seja visto também como uma vantagem, pois com a avaliação precisa e definição objetiva da estratégia de cuidado pode-se garantir a preservação da vida do usuário.</p> <p>A caracterização do SAMU como ponto de atenção da RUE, como agente de produção do cuidado e dispositivo de ligação entre o médico regulador se consubstancia na atuação do trabalhador que se desloca até a cena, pela cena em si e na decisão sobre o destino do usuário que se encontra em crise. A relação da equipe do SAMU (bases descentralizadas operadas e partir de distintas modelos de organização) com a Central de Regulação (em Porto Alegre) é mediada por um recurso tecnológico (aplicativo no smartphone) que permite um sistema de exame e avaliação, baseado em uma racionalidade ao exercício do cuidado (dimensão terapêutica); possui característica organizativa, de modo a permitir que o cuidado seja gerenciado (dimensão administrativa); e que age de modo a proteger e prevenir riscos potenciais para o usuário e trabalhadores envolvidos no ato de cuidar (dimensão do controle das virtualidades).</p> <p><b>b) bombeiros e o resgate: ponto de rede que opera um “modo de cuidado”.</b></p>

conversacional entre o gerente do SAMU e os gerentes dos demais serviços, compondo uma rede viva. Expressa-se, também, no uso da autoridade sanitária para determinação de 'vaga zero' em situações extremas.

A percepção de que o SAMU faz a diferença é consensual. Mas consensual mesmo é a visão dos gestores municipais e gerentes de serviços de que essa incompletude do SAMU se deve a recusa da SES-SP em participar do cofinanciamento do seu custeio (estimado em 25%), que acaba tendo que ser absorvido pelos municípios. Ao não cofinanciar o SUS, amplia-se a concentração de poder nas mãos do gestor estadual. Hoje no país, apenas dois estados não participam do cofinanciamento do SAMU. O elevado custo para os municípios impede a expansão do SAMU na região e leva a constituição de uma rede de “genéricos do SAMU”, com baixa qualidade técnica e que opera sem regulação médica, produzindo também maiores dificuldades de acesso e iniquidade entre os municípios da RMC.

A eficiência dos bombeiros é consenso para usuários, trabalhadores e gestores. Seu uso preferencial se deve à sua praticidade e velocidade de resposta. Sua função é o resgate, embarcando o paciente na ambulância para deslocá-lo o mais rápido possível, em geral para a unidade hospitalar mais próxima, o que contribui para a centralidade da porta de entrada dos hospitais. A preferência pelos bombeiros na região é resultado de três fatores: da centralidade do modelo assistencial no hospital, das dificuldades encontradas pelos usuários quando do seu encontro com o complexo sistema de avaliação e exame do SAMU, e da vontade do usuário de ser deslocado ou removido de forma rápida ao hospital quando em situação de urgência.

**c) SAMU como dispositivo regulador de rede**

O SAMU é capaz de organizar e abrir as portas dos serviços para acesso à RUE e em particular aos hospitais, mas é pouco utilizado, porque é frágil para responder de forma eficiente ao problema do movimento e da velocidade. A “vaga zero” é dispositivo precioso, pois garante o acesso do usuário ao hospital. A regulação a partir do SAMU ameaça o instituído, pois tem potencial para desorganizar os acordos e bagunçar os mecanismos informais existentes no cenário estudado. Ao forçar o acesso, pode colocar em suspenso os acordos e as parcerias econômicas e representar um risco à manutenção do modelo vigente. Isso parece explicar fundamentalmente o modo desinvestido de participação do SAMU na RUE.

## O poder e a centralidade dos hospitais

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p>Os entrevistados alegam que têm muitas dificuldades com os hospitais. A porta dos serviços de urgência define a ocupação e configuração de leitos. A disputa que se estabelece a partir daí é decisiva na área de atenção hospitalar e para a própria RUE. Neste sentido, acaba-se configurando na região o que podemos chamar de redes hospitalares paralelas: as dos hospitais universitários e a das organizações sociais.</p> <p>Há movimentos de prestadores hospitalares, que cumprem importante papel como referências regionais, de restrição de oferta para o município onde está situado, sob alegação de que se trata de um hospital de referência regional. Ao mesmo tempo, a SMS continua operando a RUE tendo-o como referência para uma das regiões do seu município. A pactuação é descumprida, mas sob guarida da gestão estadual. A direção do hospital e os gestores regionais, por outro lado, alegam que o município sede não compreende a responsabilidade da referência terciária com a oferta regional. A presença de importantes hospitais universitários na RMC agrega ainda mais complexidade, pelo conjunto de múltiplos interesses em jogo (acadêmicos, pesquisa, econômico, corporativos...) que se expressam em estabelecimentos dessa natureza, que atuam muitas vezes desarticulados do conjunto de necessidades apresentadas pelo SUS. A própria SES-SP, gestora do contrato com o HU, conduz essa relação de forma distinta (privilegiada) da que utiliza para os demais serviços que estão sob sua gestão, inclusive os próprios. Por outro lado, a SES-SP indica a falta de preparo dos gestores municipais para</p>	<p><b>a) Uma rede nucleada a partir do hospital e de seus interesses:</b></p> <p>A Região Planalto é território privilegiado quanto a equipamentos hospitalares de alta densidade tecnológica. O hospital é o dispositivo privilegiado a partir do qual a RUE na Região do Planalto é instituída. Os hospitais existentes na região possuem serviços de referência para os seus municípios, mas também para outras regiões do Rio Grande do Sul e de outros estados. Conta também com muitos HPP, especialmente filantrópicos.</p> <p>A RUE é um arranjo produzido a partir da rede hospitalar e de suas necessidades. O hospital se institui no território como ponto de atenção central e estratégico para a conformação da RUE. Mas vai além, pois a mesma é “administrada” pelos hospitais de referência regional. A noção de que o hospital é o ponto central da rede é um pressuposto ou uma premissa frequentemente utilizada pelos gestores, gerentes e trabalhadores da região de saúde estudada para pensar e discutir o sistema de saúde locorregional.</p> <p>Ao receber atendimento no serviço de emergência dos hospitais regionais, o usuário passa a ter acesso facilitado aos serviços especializados que compõem as linhas de cuidado. O hospital não apenas autorregula o acesso à sua porta de entrada; ele também possui autonomia para decidir sobre a distribuição dos usuários para os serviços especializados, com vista a continuidade do cuidado.</p> <p>O agendamento do atendimento é definido pelo próprio profissional da emergência, que define a ocupação das vagas disponíveis, que são as mesmas disponibilizadas para oferta regional. O problema não é inexistência de oferta de serviço</p>

compreenderem a importância da priorização da atenção hospitalar para o SUS.

A despeito disso, alguns hospitais ou serviços específicos hospitalares da região fazem movimentos antagônicos, desenvolvendo esforços para o estabelecimento de integração e contrarreferência que são destacados como diferenciados (exemplo: UNICAMP - CAISM)

Os gerentes dos serviços reconhecem que existe um espaço (externo e distante para eles) de pactuação, mas a tensão e a disputa se estabelece entre os atores pelas referências terciárias e parece não haver potência nos espaços de cogestão instituídos para solução dos conflitos, ainda mais tendo como pano de fundo o desfinanciamento da saúde.

Há a percepção de que a repactuação do papel de cada serviço hospitalar na RUE precisa mesmo ser feita, mas não se coloca com importância os demais serviços da rede.

Há também uma visão de que a integração do hospital ao SUS, ou a maior ou menor dificuldade em operar em rede, depende em grande parte da modalidade administrativa do hospital que está sob contratualização com o gestor do SUS (próprio, contratado ou contratado por outras esferas de governo)

Em parte, as dificuldades para composição de uma rede de urgência integrada são justificadas em função das mudanças na natureza jurídico-administrativa que aconteceu de forma importante gestão dos hospitais na RMC, transformados em OSS, ou pelo movimento de autarquização da rede hospitalar e de UE em Campinas, onde se expressa a percepção de que a relação dos demais serviços com os hospitais piorou, ainda que reconhecidamente sempre tenha sido difícil. Como apontado por uma gerente de UBS: *“não era perfeito, mas a gente tinha uma rede; hoje não tem mais!”*.

na rede. Trata-se antes de um movimento de produção do cuidado em que o hospital passa a gerenciar de forma autônoma a continuidade do atendimento, a partir do serviço de emergência dos hospitais de referência.

#### **b) Cuidado hospitalar é o “padrão-ouro”**

A eficiência do cuidado depende do olhar especializado e do uso intensivo de tecnologias leve-duras e duras oferecidas no hospital, que se impõem como “um cuidado padrão-ouro”, oferecidos de forma concentrada em cenários de alta densidade tecnológica. Esse agenciamento pode ser encontrado na hipervalorização do hospital e no baixo investimento dos gestores na rede básica e nos demais pontos da RUE, que sequer existem (como é o caso das UPA), ou são frágeis e subutilizados (SAMU). Os serviços extra-hospitalares tendem a operar no cotidiano lógicas de cuidado que são muitas vezes distintas ou mesmo contraditórias à modelagem existente, mas o padrão-dominante continua característico de um sistema de saúde tradicional, hospitalocêntrico, naturalizado e médico-centrado, dependente de conhecimento especializado e de recursos hospitalares de maior densidade tecnológica e de tecnologias diagnósticas. Esse agenciamento desenha uma certa micropolítica do cuidado e modela a RUE. O “padrão-ouro” captura as possibilidades de fuga, de modo a reforçar seu domínio. Ao capturar as linhas e as virtualidades, persevera na existência. Portanto, o agenciamento “padrão-ouro” age compondo a micropolítica do cuidado, dispositivo que captura o pensar com vista a regular o agir, assujeitando sujeitos e suas experiências relacionadas ao processo saúde-doença. A partir disso o movimento de generalização da experiência do cuidado no hospital sofre um registro específico, apresentando os efeitos dessa concepção sobre a rede de atenção e as práticas concretas, assim como no plano dos afetos e da

	<p>produção do sentido, ainda que tendo como base um registro dicotomizado da realidade.</p> <p><b>c) Subfinanciamento, concentração de recursos e seleção de demanda</b></p> <p>Há razões econômicas que caracterizam a importância e a centralidade do hospital na composição da RUE na Região Planalto. Quando se consolida um padrão no qual os hospitais, que são agentes prestadores de serviços contratualizados para o SUS, passam eles mesmos a administrar muitos dos componentes da rede de atenção com liberdade e autonomia, gerenciando inclusive os processos de regulação, há tendência de adaptação das políticas aos interesses privados. Em contexto de um SUS subfinanciado (ou desfinanciado), os gestores municipais pouco se arriscam a introduzir novas políticas e programas ao sistema de saúde local, agindo muito mais de forma reativa aos problemas trazidos por um sistema de saúde precário do que de modo propositivo/inventivo/inovador. São pouco flexíveis às novidades e desconfiam das mesmas, tomando a decisão de não implementar políticas ou programas diferentes a partir de um cálculo de risco que tem como argumento o subfinanciamento do SUS. É essa lógica que é utilizada, por exemplo, para justificar a inexistências de UPAs ou o baixo investimento em atenção básica. Ao reforçarem o hospital e sua centralidade na conformação da rede de atenção, os gestores e gerentes colaboram para a superlotação das emergências se perpetue. Há uma variedade de linhas de financiamento de origens distintas que, quando aglutinadas, compõem o financiamento dos hospitais. Os hospitais locais e regionais buscam concentrar fontes de financiamento diversas e difusas (microfontes), funcionando como uma espécie de polvo e seus mecanismos de defesa: liberação de uma nuvem de tinta para escapar dos predadores, camuflagem, e, autonomia dos braços, que podem</p>
--	---

ser liberados em situações de perigo. A partir da justificativa de que os recursos transferidos pelo SUS, na verdade pelo Ministério da Saúde (ou pela “tabela”, já que as modalidades de contratualização parecem ser propositalmente desconhecidas) e pela SES-RS (incentivo para as portas hospitalares) são insuficientes, buscam também os municípios para financiar serviços ambulatoriais e hospitalares, que as compram com vista a garantir o acesso dos seus munícipes. Estabelece-se, assim, um arranjo produzido por meio de ofertas de “parcerias econômicas” para os distintos municípios, que aproveitando-se da fragilidade da regulação pública governamental e desconsiderando o “comando único”, passam a garantir acesso diferenciado para Linhas de Cuidado, procedimentos, exames, cirurgias e internação (tanto as de urgência/emergência como eletivas que são “urgencializadas” nas portas hospitalares).

A partir desta lógica, operam na micropolítica do cuidado mecanismos de seleção da demanda, mediante imposição de condicionantes para o acesso do usuário ou de critérios regulatórios próprios (gestão autônoma do acesso aos serviços contratualizados, obstruindo ou dificultando a ação da regulação estadual, por exemplo);

Os hospitais se utilizam de movimentos de enfrentamento da superlotação, como o fechamento das portas às urgências de baixa/média complexidade, transferência de pacientes para outros hospitais, etc, sempre tomadas à revelia dos gestores, já que estes efetivamente não regulam os serviços hospitalares, para agir sobre o plano da sensibilidade e dos afetos, lançando mão de recursos tecnológicos e de uma oferta de cuidado que concatena e faz sentido para os usuários, cujo efeito mais imediato é o reconhecimento por parte do mesmo desse modelo de cuidado. Esse valor imaterial que sustenta essa lógica e que é comercializado só pode ser gerado quando há

	<p>mecanismos de controle do acesso administrados pelo próprio hospital, num cenário fortemente desregulado, no qual o poder público aparenta estar ausente, portando-se na medida para viabilizar esse arranjo, que se expressa pela fragilidade dos gestores.</p> <p><b>Hospital do SUS, mas não para o SUS - parceria econômica, overbooking e vouchers (cruzando limites...)</b></p> <p>A “parceria econômica” para a regulação do acesso foi uma característica singular encontrada no cenário estudado por se caracterizar como um importante gradiente para a tomada de decisão clínica dos NIR dos hospitais de referência regional existentes no território para priorizar e garantir (ou não) acesso aos serviços hospitalares. Esse critério é composto a partir de um escalonamento de municípios parceiros e da sua conseqüente hierarquização quanto a relevância ou o grau de parceria estabelecido a partir de uma relação de compra e venda de serviços médico-hospitalares oferecidos pelos hospitais de referência regionais aos municípios da região de saúde</p> <p>Um mesmo serviço ofertado pelo hospital privado é oferecido/negociado com diferentes prefeituras, evidenciando uma estratégia de gestão que consiste em aglutinar diferentes fontes de financiamento para suportar o custo dos serviços ofertados no SUS. Tal prática de negociar e contratualizar mais de uma vez o mesmo serviço, e outra vez mais, para diferentes atores, é uma espécie de overbooking.</p> <p>A composição de uma multiplicidade de desenhos de redes e de referências de acesso, cada qual construído tendo como ponto de partida interesses privados, pois privativos de cada gestor e de cada prestador hospitalar e suas negociações, assume contornos para além dos limites da legalidade. Em um dos municípios estudados há distribuição, por parte da rede municipal, de</p>
--	---

	<p>vouchers para acesso a custo reduzido aos serviços ambulatoriais e especializados nos serviços privados.</p> <p>Relações comerciais de compra e venda de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares são negociadas e contratualizadas privadamente; referências assistenciais são instituídas e acordos sobre o acesso são estabelecidos, extrapolando qualquer oportunidade de construção de uma lógica de regulação pública concebida como fila única.</p> <p>Observa-se uma naturalização da “política de descontos e parcerias” na região, indicando que a oferta privilegiada de serviços privados ou por meio de descontos é percebida como solução, num “bom negócio” para os atores envolvidos nessa trama. O prestador hospitalar captura a demanda e compõe um subsistema a partir da seleção de demanda imposta na porta de entrada do hospital</p> <p>O acesso do usuário, represado por longas filas de espera para consultas e exames, torna o momento de crise produzido pelo adoecimento janela de oportunidade para a indicação de condutas terapêuticas “de ponta” e para a oferta serviços médicos privados. A pressão que a fila exerce, impedindo o acesso em curto espaço de tempo a algumas especialidades médicas, a exemplo da LC de Trauma, afirma-se como janela de oportunidade para a obtenção de vantagem financeira pelos serviços privados existentes no território. É produto, portanto, dos complexos interesses econômicos em jogo. A dificuldade de estabelecer conexões ou mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção e a ausência da linha de cuidado traumato servem como janela de oportunidades para a rede privada, que ao contrário do SUS, possui uma gama de serviços robusta e bem estruturada.</p> <p>O sistema de parcerias se estabelece como atalho, como um jogo de acessibilidade diferenciada, para o qual as secretarias municipais de saúde (e, em</p>
--	--

particular, a sua rede básica), operam como agenciadoras para o privado, em um modelo naturalizado, inclusive da prática de cobrança por fora, subsidiada ou não pelo acordo prestador-governo municipal

**Hospital e relações de poder institucional**

O poder e a preponderância dos interesses dos hospitais se expressam e são sustentados de diversas formas, para além da produção de uma visão hegemônica de que é o locus central para oferecer o cuidado padrão-ouro, da fragilização da rede e da regulação governamental, das estratégias (micro)regulatórias e das parceiras econômicas estabelecidas.

A indicação de diretores de hospitais ou gerentes de serviços estratégicos para ocuparem posições de destaque na gestão pública municipal no cenário estudado é emblemática. Atores que antes ocupavam posição estratégica nos hospitais agora são os gestores públicos do sistema de saúde dos municípios da região. Mais, em alguns municípios, é o médico responsável pela urgência/emergência do hospital de referência regional que ocupa o cargo de gestor municipal da saúde.

Mas não basta. Espaços de controle e fiscalização das políticas públicas, estão ocupados por atores com interesses que nem sempre estão em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS. Encontramos na Região Planalto, por exemplo, cenário onde o gestor hospitalar, prestador de serviços para o SUS, é presidente do Conselho Municipal de Saúde

O próprio Ministério Público, ao buscar soluções a partir da pressão exclusiva pela ampliação da oferta hospitalar (e não da conformação da RUE como um todo), acaba por reforçar a indução do modelo (entrando no jogo instituído).

## REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS: seus diferentes arranjos e limites

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p>Distintos regimes de regulação estão presentes e operam concomitantemente na RUE da RMC. A regulação governamental é considerada ponto nevrálgico, em particular pela coexistência de processos regulatórios centralizados na CROSS, sob gestão estadual, que regulam o acesso dos usuários para todos os serviços contratualizados com a SES-SP, e aqueles que estão sob gestão das centrais de regulação dos municípios. Trata-se de um processo marcado por uma tensão constitutiva, que aparece para os gestores dos diferentes serviços que compõem a RUE como um fator que dificulta a integração e a resolução de problemas, desde o encaminhamento de usuários para o serviço adequado previsto na grade de referência, até aqueles decorrentes do recebimento de demanda incompatível com a complexidade do estabelecimento. Alega-se que a CROSS, regulada centralmente a partir da capital, desconhece e desconsidera a realidade regional. A percepção é de que o Estado opera deliberadamente para se desresponsabilizar da sua competência em relação a demanda de encaminhamentos solicitada pelos municípios. O poder é exercido pela gestão estadual de forma concentrada e sem considerar o espaço de pactuação regional (a CIR). A despeito desses problemas, há na RMC um claro esboço de composição de uma rede regulada, com uma importância relevante da Cross e das centrais de regulação municipais, mas também do SAMU em sua conformação, pelo menos nos municípios onde está presente, que reconhecem sua importância e o diferencial que faz ter SAMU. Sua força para abrir as portas (inclusive pelo ar, ao se considerar o transporte médico aéreo) indica sua potência como</p>	<p><b>a) A fragilidade da regulação governamental</b> A inexistência de um sistema de regulação integrado e robusto, que permita tomar decisões quanto ao acesso, monitorar e avaliar os serviços contratados pelo SUS, em diferentes dimensões, é um fator crítico de grande relevância para entender a atual conformação do sistema de saúde na Região do Planalto, onde não se instituiu, até o momento, um processo efetivo de regulação, avaliação e controle. O papel de cada equipamento na RUE no território não está suficientemente desenhado. A comunicação entre os diferentes pontos de atenção existentes no território é precária e de característica burocrática, restringindo-se a uma “ligação para encaminhamento” feita pelo profissional da atenção básica, comunicando o encaminhamento do usuário para a emergência do hospital. A rede se organiza a partir de uma dinâmica de acesso espontânea que privilegia o hospital. O Plano de Ação Macrorregional da RUE deixa evidente esse aspecto e não aprofunda o papel dos hospitais na conformação da rede de atenção locorregional. Há clara responsabilização do gestor estadual pela dificuldade de acesso dos usuários dos municípios aos serviços, em função da fila do SISREG em diferentes especialidades médicas. Mas os municípios, diante das evidentes dificuldades de acesso devido à precária oferta de ações e serviços em muitas especialidades, não parecem ser capazes de refletir sobre qual sua parcela de responsabilidade na (re)produção das longas filas de espera A Central de Regulação do SAMU, operada desde Porto Alegre, não se articula com as Coordenadorias Regionais de Saúde, e nem com as</p>

articulador e produtor de acesso – na marra, as vezes – e em grande parte o desinvestimento do governo estadual em sua implementação em todo o estado, afinal sua ação regulatória tem potencial de desorganizar a lógica reinante, muitas vezes subordinada a pressão dos interesses dos prestadores (OSS, hospitais universitários, filantrópicos ou da administração direta) em produzir seleção de demanda e controle de custos.

À regulação governamental, quando percebida, porque nem sempre se apresenta com visibilidade, continua sendo atribuída a responsabilidade pela produção de dificuldades no acesso e de demandas reprimidas. Isso é evidente para as demandas de urgências, mas visto de forma mais nítida para as dificuldades e demora para o acesso de procedimentos especializados.

Pode-se observar que impactos sobre a melhoria da qualidade do cuidado e diminuição da superlotação da RUE da RMC, ainda que se reconheça a importância da melhor definição do papel do SAMU, das UPA e das referências hospitalares, e da ação da regulação do acesso a esses serviços efetuada pelos gestores, tendem a ser atribuídas mais aos movimentos de reestruturação da gestão administrativa, como o fato da transferências de gestão dos serviços para OSS ou para autarquia municipal.

A regulação leiga também está presente, e é facilmente identificável, por exemplo, na ação dos usuários de regiões de UBS que vivem no limite de municípios conturbados da RMC, que produzem fluxos não oficiais para atendimento de suas necessidades. Ou na ação das famílias que complementam com frequência necessidades de exames, comprando-os em serviços particulares. Isso, no entanto, não se apresenta como um problema para os gerentes, que convivem com esses movimentos dos

secretarias municipais de saúde, de tal forma que a regulação do acesso de urgência via SAMU, através da “vaga zero” ou acesso regulado para os serviços, é feita em movimento paralelo ao de controle da oferta regional efetuada pelos próprios prestadores ao SUS. A dificuldade de absorver usuários atendidos pelo SAMU e regulados para o hospital é atribuída ao desconhecimento dos médicos reguladores quanto à capacidade de cada serviço e suas especialidades, ou seja, à dificuldade do mesmo para bem dimensionar a infraestrutura do hospital ou a disponibilidade de vaga para receber o usuário em serviços contratualizados que existem na Região do Planalto

Este cenário parece adquirir consistência num contexto no qual a regulação governamental se mostra frágil ou não existe. (e aparenta propositalmente precisar ser assim)

A regulação governamental, da forma como está organizada, opera de modo a obstruir o acesso dos usuários ao cuidado. Ao ser caracterizada como um problema, pois é percebida como um mecanismo gerador de filas e, portanto, fracassado e pouco eficiente, acaba colaborando com a instituição de um sistema de saúde cujo acesso apenas pode ser garantido nos serviços privados.

#### **b) um novo regime de regulação? O NIR a serviço dos hospitais**

A ausência de uma Central de Regulação indica a inexistência de regulação governamental e abre caminho para que a gestão do acesso seja efetuada pelos próprios hospitais, ou seja, para que a regulação fique sob controle de cada prestador. Os hospitais maiores possuem nas suas estruturas um setor de regulação específico – denominado NIR - para as necessidades de urgência/emergência, responsável por moderar o acesso dos usuários ao atendimento hospitalar.

usuários como ações constitutivas e necessárias para a rede de urgência.

Merece destaque na RMC a preponderância da “regulação profissional” sobre as demais. Como nos disse uma gerente entrevistada: “*Quem regula é o doutor...*”. A (auto)regulação nas mãos dos médicos e, em particular, dos especialistas, é também elemento que contribui para forjar as filas. Há elementos, todavia, que indicam que esse processo regulatório incorporou algumas estratégias para além da ligação telefônica entre os profissionais médicos dispostos em cada ponto de rede, tais como o uso de mensagens por e-mail e, principalmente, da comunicação extremamente rápida e intensiva proporcionada pelo aplicativo WhatsApp. Se estas podem ser consideradas sofisticações que produzem mudanças na dinâmica e dos tempos envolvidos no processo regulatório, resultando em maior integração e agilidade, não parecem produzir reconfigurações ou reforçar a almejada regulação governamental, prevista na política da RUE. Não se trata, todavia, de deslegitimar a importância e papel da regulação profissional. A pesquisa trouxe indicativos substantivos que também validam a regulação profissional enquanto processo de produção do cuidado em rede (legítima e necessária).

Emerge em nosso estudo o papel desempenhado pelos Núcleos de Regulação Interna – NIR, implantado em cada hospital, na regulação do acesso, aspecto destacado em particular pelos gerentes dos próprios hospitais e gestores das SMS, que o percebem como uma “mini CROSS” nas mãos do gerente do serviço hospitalar. Na RMC esse papel dos NIR não é destacado pelos gerentes dos demais serviços e nem pelos responsáveis pela regulação. Trata-se de uma modalidade regulatória que se fundamenta na perspectiva de produzir a gestão de leitos, enfrentar problemas como

Os prestadores conhecem a regra do jogo, mas o jogam a seu modo, inclusive alegando que reconhecem que os hospitais precisariam ser regulados e fiscalizados, cientes da fragilidade da regulação governamental e do controle que possuem dos mecanismos de acesso do sistema de saúde.

A implantação recente dos NIR complexificou e trouxe mais sofisticação, mudando a lógica até então vigente, centrada na regulação profissional-profissional, para um regime de regulação intermediário entre a profissional e a governamental, em que os usuários encaminhados pelos profissionais na ponta passam a ser regulados pelo NIR (cujo controle é do hospital e em função dos seus interesses)

O NIR introduz a figura do híbrido: o médico com conhecimento/domínio dos segredos da porta e ao mesmo tempo gestor dos interesses do hospital.

Daí, a implantação de um NIR em cada prestador aparece indicada na região como solução, talvez o único arranjo induzido pela PNHOSP e pela PNAU que foi efetivamente incorporados na região, a tal ponto que entre as metas a serem cumpridas pelos prestadores contratualizados com a gestão estadual foi inserida nos contratos a necessidade de criação dos NIR.

A prática dos NIR hospitalares, a adoção de novas tecnologias capazes de melhor racionalizar e gerenciar o acesso dos usuários ao cuidado nas portas de entrada dos hospitais, assim como o investimento na capacitação das equipes de saúde que trabalham nesses serviços são percebidos como os fatores responsáveis pela melhoria do cuidado e da organização da RUE na Região do Planalto. Ca destacar, ainda, o quanto se encontra subsumida a presença dos gestores municipais e regionais nessa dinâmica.

Em cada lugar a regulação toma características singulares, com uma certa plasticidade a partir da dinâmica das relações, interesses e até da menor

superlotação e a necessidade de promover altas, a partir da integração do hospital em rede. (Os NIR se apresentam na RMC com pesos distintos e menos impactante do que na R. Planalto)

Essa regulação pelos NIR constitui-se por meio da combinação de elementos de regulação profissional e “empresarial” (por ser voltada à perspectiva do estabelecimento hospitalar) e é exercida pela figura de um médico ou enfermeiro que se movimenta como um híbrido, por ser reconhecido ao mesmo tempo como um gestor (componente da direção) e um profissional que atua e pertence às equipes, e que por isso conhece os segredos da porta de urgência. O uso do WhatsApp (o grupo de Whats) é indicado como um dispositivo potente para a regulação interna. Por meio dos NIR movimentos e tempos são produzidos, favorecendo o acesso dos usuários, acelerando altas para abrir espaço para acolher demandas, classificando em ato e definindo prioridades, em um dinâmica que a regulação governamental não comporta, e sem que a decisão fique circunscrita à autonomia profissional (do médico).

Tanto a regulação profissional como a efetuada pelo NIR produzem um diálogo fino, que se estabelece entre pares, que decidem e priorizam o que deve ou não ser encaminhado, fazendo regulação em ato, independe da regulação formal de rede prevista de ser realizada pela central de regulação. São arranjos que agenciam encontros e expressam a produção micropolítica. Trata-se de um regime tocado por profissionais, mas que é reconhecido e pactuado informalmente pelas gerências intermediárias da RUE, uma forma de regulação que se constitui como rede viva, híbrida, em um regime que talvez possamos denominar de “REGIME DE REGULAÇÃO HÍBRIDO E PARALELO”.

ou maior participação do governo estadual, mas sempre os profissionais (e agora o NIR) estão presentes nesse processo. Na Região Planalto o regime de regulação governamental sequer é reconhecido pelos entrevistados, daí o NIR ser visto como um “avanço”.

### **c) Higienização das portas hospitalares como estratégia microrregulatória**

Em certos momentos o sistema hospitalar da Região Planalto mostra sinais de colapso, em especial os hospitais de referência regional, devido a excessiva ocupação dos serviços de urgência/emergência. É quando essas instituições anunciam publicamente o fechamento das portas de entrada dos seus serviços de emergência para novos atendimentos. Trata-se de uma atitude cuja finalidade é desobstruir a porta de entrada do hospital, que funciona como uma espécie de higienização do espaço. Os principais alvos desse mecanismo são os usuários, mas também a opinião pública e os gestores públicos. Mas não se trata de fechamento dos serviços de urgência dos grandes hospitais, mas de um mecanismo que estabelece um barramento e um limite ao fluxo autônomo e desordenado de usuários em condições clínicas que não caracterizam a necessidade de intervenção em serviço hospitalar. Outros arranjos ou tecnologias também são utilizadas na região para diminuir o impacto da superlotação das portas de entrada dos hospitais na produção do cuidado. Um deles é a distribuição de usuários para outros serviços hospitalares de urgência e emergência existentes no território. Mas tal negociação é realizada pelos NIR, a revelia da regulação governamental. O processo se dá ponto a ponto da rede, mediada por uma regulação profissional que se funda em interesses econômicos dos prestadores, operados pelos NIR de cada hospital

Muitas vezes, quando acionada pelas SMS e/ou serviços, o DRS entra em cena para interceder sobre a regulação que a CROSS não da conta. É quando o estado, por meio de sua regional, entre para “quebrar o galho...”. Contudo, embora se disponha a apoiar a resolução de problemas, a DRS faz uma regulação meramente cartorial, porque não tem poder sobre a rede de urgência que está sob gestão da SES-SP, administrada a partir de outras coordenadorias da estrutura governamental, que não se integram para produzir a gestão regional. Não possuem sequer capacidade de dialogar com a Coordenadoria responsável pela contratação das OS, ou com a que se responsabiliza pelos Hospitais em regime de administração direta. Trata-se, portanto, mais de uma modalidade de regulação “por camaradagem”, quando são acionados contatos por amizade, conveniência e interesses, entre os gestores municipais e de serviços e os dirigentes regionais de saúde, reproduzindo, de certa forma, a mesma lógica da regulação profissional, ainda que em outra instância...

Neste contexto, a tensão da grade hospitalar indefinida, tensionada e disputada, acaba estimulando um jogo entre serviços de porta-aberta versus os de porta-fechada, que acabam instituindo critérios protegidos de acesso e seleção de demanda. Neste segundo caso, a reação acaba sendo dirigida ao movimento de “vaga zero” determinado pelo SAMU, que desacomoda os arranjos estabelecidos ao produzir o acesso, constituindo-se em uma modalidade de regulação em ato, independente da resistência ou recusa do prestador.

Essas dificuldades acabam estimulando a produção de “redes paralelas”, que se constituem como outras formas de regulação e garantia do acesso, para além das redes e grades pactuadas. É o que acontece, por exemplo, com estabelecimentos que se tornam referências

informais, como um hospital regional estadual para alta complexidade na área cardiovascular na região vizinha de Jundiaí, resolvendo problemas que se tornam nó crítico na região, que gera tensões e disputas pela indefinição de onde internar e pela ordem de prioridade dada aos municípios em detrimento dos oriundos de cidades vizinhas. Uma frase síntese indica desespero e o desalento que a busca solitária de como resolver os problemas gera: *“Eu acho que aí fica cada um por si sem pensar no todo. Qual que é a minha fatia, é essa? Vou cuidar do meu pedaço e está bom.”*

A conformação de tal situação faz brotar a expectativa – e há movimentos neste sentido – de mudanças. Alguns ensejam uma regionalização menos amarrada, como a que alegam existir na Região de Bragança, efetuada pelos próprios municípios, hospital com hospital, sem uma central de regulação (neste caso é o hospital quem regula). Há também uma percepção generalizada da necessidade de promover a descentralização da regulação da CROSS para uma central regional, porque tenderia a resolver parte considerável dos problemas enfrentadas. Resta refletir se, mantidas as demais condições de estruturação e operação da RUE na região, este movimento será suficientemente potente para produzir as mudanças necessárias

## A modelagem da RUE como expressão de uma política de governo da vida

Região Metropolitana de Campinas (SP)	Região Planalto (RS)
<p>O material de campo produzido na RMC (anteriormente ao da R Planalto) capta de maneira significativa o impacto das regras de desfinanciamento (emenda do teto) para o SUS, em contexto de agravamento do desemprego e da crise social, e permitiu identificar movimentos que indicam que, em função da diminuição do poder aquisitivo e da perda de plano de saúde, houve impacto significativo na RUE a partir da transferência de usuários de planos de saúde para o SUS, nessa região que conta com alta cobertura de saúde suplementar.</p> <p>Diversos entrevistados trouxeram espontaneamente as dificuldades em encaminhar pacientes com planos de saúde, atendidos nos serviços de urgência pelo SUS, exigindo um esforço de regulação “ponta a ponta”, já que se observa um movimento crescente de negativas das operadoras em atender seus beneficiários, impactando assim na oferta do SUS.</p>	<p><b>a) Público é problema - privado é solução</b></p> <p>Na Região do Planalto, a lógica de financiamento do SUS influencia as escolhas dos gestores, contribuindo para que elas orbitem no campo da assistência especializada e hospitalar. Garantir que o serviço seja viável e sustentável parece ser um aspecto importante que caracteriza as práticas de gestão/gerenciamento adotadas pelos gestores no cenário estudado.</p> <p>Mas tal decisão é formulada sobre o pressuposto de que o mercado privado está em melhores condições de ofertar o cuidado à saúde no território estudado e a crença de que os serviços públicos são pouco resolutivos e economicamente inviáveis</p> <p>Se por um lado é possível identificar na fala dos diretores dos hospitais a naturalização do SUS que não funciona como justificativa para “cobrar” diferenças de valor, por outro fica evidente que a prática de encaminhar usuários para serviços privados está instituída como rotina no SUS.</p> <p>O arranjo de rede de urgência e emergência existente nessa região está concatenado sobre um plano de forças que não pode ser reduzido apenas a uma disputa econômica ou ao modelo biomédico.</p> <p>O SUS parece ser um bom negócio para esses “parceiros” do setor público que compõem essa rede complementar</p> <p>O que parece viabilizar esse tipo de política, ao menos do ponto de vista dos nossos entrevistados, é o fracasso do SUS em responder com velocidade às necessidades de saúde dos usuários</p> <p>A análise micropolítica realizada sugere estar em jogo uma disputa pelo controle do sentido e gestão do cuidado no campo da saúde, ou seja,</p>

	<p>disputa pelo controle da vida e governo dos indivíduos e da sociedade.</p> <p>O modelo de atenção construído na região Planalto expressa uma oportunidade para o crescimento do mercado privado da saúde. O SUS é parceiro (e, também importante “trampolim” ou excelente “bengala”) a sustentar a expansão do mercado privado da saúde na região.</p> <p>A produção do público como caos na Região Planalto tem um objetivo bastante específico, qual seja, desconstruir o SUS enquanto sistema universal. Esse objetivo está em sintonia com uma racionalidade e um modo de governar no qual o público é percebido como problema e o mercado como a solução.</p> <p>Encontra-se, a partir da análise da RUE, uma arte de governar que parece estar em sintonia com estratégias contemporâneas de governo que objetivam esvaziar a dimensão pública e universal do SUS, abrindo espaço para que forças antagônicas ocupem o espaço do público no campo da saúde.</p>
--	--

**CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: O CUIDADO PARA ALÉM DOS SERVIÇOS (ARTIGO 5) - USUÁRIOS**

Em todas as narrativas foram identificadas falas que expressam necessidades em saúde e dimensões da gestão do cuidado.

- Observa-se especial ênfase em relatos de busca pela autonomia, em especial para o trabalho.
- Dentre as múltiplas dimensões da gestão do cuidado referidas é muito presente o cuidado familiar.

A compreensão das necessidades em saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde em situação de urgência e emergência e das diferentes dimensões da gestão do cuidado presentes - como a necessidade de autonomia para o trabalho e o cuidado familiar - devem ser consideradas na formulação de políticas de saúde, tanto quanto na organização de redes, serviços e processos de cuidado, enquanto estratégias para a construção da integralidade.

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ‘EM CENA’: CONTINGÊNCIAS E PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PRÁTICA  
(ARTIGO 6)**

O diálogo com gerentes e coordenadores dos serviços evidencia que a RUE não é reconhecida pelos entrevistados enquanto uma política nacional de saúde. Apesar da manifesta externalidade ao processo, os gerentes identificam elementos da RUE presentes como a implantação de UPAS, protocolos, classificação de risco, novas tecnologias assistenciais, arranjos regulatórios e linhas de cuidado.

São relatados reflexos e contingências dos movimentos da gestão na produção de redes:

- as decisões do ente estadual de não co-financiar o SAMU e manter a centralização da regulação através da CROSS;
- o estímulo ou não de alguns municípios para a implantação de dispositivos e arranjos produtores de redes de cuidados;
- ações de reestruturação administrativa, como a adoção de modalidades de gestão por meio de organizações sociais ou de autarquia;
- decisões unilaterais de alguns municípios para interpor ‘barreiras’ de acesso para usuários de outras localidades, mesmo para referências pactuadas.

O olhar para a ‘RUE em cena’ aponta principalmente para três questões:

- a relação entre a atenção básica e as portas de urgência no atendimento à demanda espontânea;
- a regulação médica do SAMU enquanto promotora de acesso e qualidade e que ao mesmo tempo desarruma o instituído;
- a (des)continuidade no cuidado em saúde.

A aproximação com a RUE ‘em cena’ nos mostra limites e possibilidades da indução de uma política pública de saúde formulada em âmbito nacional. Há evidências de movimentos e produções vivas induzidas pela política que qualificam o cuidado em saúde em situações de urgência e emergência. Entretanto, iniquidades são mantidas ou produzidas e a necessidade de articulação entre os componentes em rede é o tempo todo evocada, embora restrita. A compreensão das dinâmicas e disputas em torno dos arranjos para a produção do cuidado na dimensão dos serviços de saúde, torna-se essencial para a ativação de processos singulares e vivos de implementação de políticas públicas que promovam equidade e justiça social.

## Considerações Finais:

Políticas públicas constituem objetos complexos cuja análise não deve se limitar às modelagens clássicas de avaliação de resultados, nem ao entendimento de que se limitem a processos lineares e sistêmicos de formulação e implementação.

O olhar para os diferentes cenários e contextos permitiu uma análise crítica e contextualizada da política da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nas duas regiões de saúde, ampliando possibilidades na busca por atender ao objetivo da pesquisa de analisar os modos de produção do cuidado em saúde conformados a partir de sua implementação. Os Contextos de Influências, de Produção dos Textos e da Prática, compreendidos como interrelacionados e atemporais, formaram o arcabouço analítico e integrador do material empírico produzido na investigação. Assim, à medida que acessamos aquilo que ‘não sabíamos’, fomos nos aproximando da questão central da pesquisa: os mapas de cuidados produzidos pela RUE.

A análise micropolítica da conformação da RUE sugere estar em jogo uma disputa pelo controle do sentido e gestão do cuidado no campo da saúde, ou seja, disputa pelo controle da vida e governo dos indivíduos e da sociedade.

As influências identificadas no cenário de decisão pela prioridade da temática na agenda de governo apontam para a necessidade de resposta à demanda social pela solução da crise das portas de urgência hospitalares no Brasil. Ocorreu em meio às disputas pela legitimação do SUS enquanto sistema público e universal de saúde, sob um cenário de crescimento do neoliberalismo enquanto modelo econômico e tecnologia de governo, e do subfinanciamento da política de saúde (recentemente convertido em desfinanciamento). Naquele momento, ‘resolver’ a crise dos hospitais e das portas de urgência representava ‘validar’ o SUS. A política da RUE, estava carregada de elementos gerencialistas e de influências do modelo teórico-conceitual das Redes de Atenção à Saúde.

O paradigma das RAS apresenta-se fortemente nos textos da política e nos discursos dos atores presentes nos processos de formulação, pactuação e implementação, tendo como pressupostos a articulação entre os serviços, a coordenação pela atenção básica e a regionalização. Nos achados do estudo identificamos limites para a materialização destas diretrizes. Uma concepção sistêmica de rede de saúde é colocada à prova frente à complexidade das necessidades em saúde identificadas e declaradas. Embora incluídas nos textos da política, as ações de produção de redes a partir do cuidado, numa concepção rizomática, são minoritárias nos discursos e nas práticas. A coexistência entre o modelo mais estruturado de rede de atenção e uma concepção mais flexível, em permanente construção-desconstrução de redes vivas, levam à compreensão da complementariedade e imanência entre eles, uma relação de molaridade-molecularidade a ser empreendida.

Os textos da política da RUE, embora fortemente influenciados pelo modelo das RAS, são ecléticos e trazem uma *bricolage* de conceitos e influências. Há elementos da política anterior de urgência, da política de humanização do SUS e da área de administração hospitalar, além de conceitos do campo da Saúde Coletiva, como o uso da epidemiologia, a promoção da saúde e a atenção básica. Esta diversidade materializa-se em diferentes matizes e intensidades a depender do cenário e influências locais.

Assim como no campo da formulação, são visibilizadas disputas entre diferentes concepções no campo da prática. Tivemos a oportunidade de acessar distintos planos de visibilidade, sempre atravessados por diferentes projetos. Um campo que inclui espaços da gestão, do trabalho e do cuidado em saúde, onde a 'RUE de fato' materializa-se nas práticas relatadas a partir da (re)interpretação dos atores em cena, considerando suas vivências, valores e influências:

- A gestão interfederativa foi coproduzida na relação entre a política oficial e a ação micropolítica dos gestores, tornando-se uma produção singular no campo da governança regional, atravessada por disputas, movimentos e interesses.

- A compreensão das necessidades em saúde dos usuários em situação de urgência e emergência e das diferentes dimensões da gestão do cuidado presentes - como a necessidade de autonomia para o trabalho e o cuidado familiar – apontam para caminhos e descaminhos na construção da integralidade.
- Há evidências de movimentos e produções vivas induzidas pela política que qualificam o cuidado em saúde em situações de urgência e emergência, entretanto, iniquidades são mantidas ou produzidas, e,
- A necessidade de articulação entre os componentes em rede, embora evocada, traduz-se em conexões frágeis e não regulares.

Assim, observa-se que a indução de uma política pública de saúde formulada em âmbito nacional pode produzir algumas transformações na realidade, pode sofrer resistências e manutenção de algumas práticas instituídas, ou ainda, pode estimular a produção viva e criativa dos atores ‘em cena’. Seriam as produções de cuidado em saúde ‘pela política’, ‘apesar da política’ e ‘além da política’. Este campo diverso e complexo é o SUS real.

Dentre os efeitos de primeira ordem induzidos pela política da RUE destacam-se a implantação das UPAs, da Atenção Domiciliar, da classificação de risco, de protocolos, dos Núcleos de Regulação Interna nos hospitais, novas tecnologias e linhas de cuidado, além de arranjos regulatórios que em muitos cenários permitiu a ampliação do acesso. Mesmo que a ênfase tenha sido em estrutura e organização, de forma heterogênea e em gradientes desiguais, os efeitos não são desconsideráveis.

Como conservação de práticas e instituídos, temos ainda redes fragmentadas e incompletas, com baixa conectividade entre seus componentes, mantendo-se o modelo biomédico, a centralidade e o poder dos hospitais. Além disso, uma cobertura desigual do SAMU, UPA e Atenção Domiciliar produz iniquidades no acesso e na continuidade do cuidados, comprometendo a qualidade da RUE. Um falso dilema sobre a relação entre a demanda espontânea na atenção básica e portas de urgência, tornou-se uma ‘verdade’, sendo as UBS

desqualificadas nos discursos e não consideradas como integrantes da RUE. As UPAs e UBS precisam ser compreendidas enquanto portas de entrada da rede que são acessadas pelos usuários em diferentes situações, segundo seus próprios critérios e necessidades, e que são co-responsáveis no cuidado à saúde. Não são, portanto, pontos de rede antagônicos ou concorrentes como comumente se declara.

Ao analisarmos a micropolítica do cuidado nas regiões de saúde estudadas a partir da problematização da intersecção entre a atenção básica e RUE pudemos questionar como a atenção básica disputa a composição da RUE. O não protagonismo e/ou liderança na coordenação e na ordenação do cuidado da atenção básica nas regiões parece ser parte de uma estratégia intencional mais ampla de aglutinar a centralidade do cuidado no hospital e no saber médico especializado. Dessa maneira, evidencia-se que a forma como se produz esta intersecção afirma quase que exclusivamente um arranjo de rede de atenção mal articulado, no qual a atenção básica aparece fragilizada. Surge com importância um movimento em direção a uma não-intersecção intencional e produtiva no sentido da continuidade de um modelo de atenção médico hegemônico atravessado por interesses privados.

O olhar para a produção micropolítica da rede permitiu a emergência de alguns achados singulares que, em geral, não são previstos pelos formuladores de políticas, definidores da conformação da rede de cuidados nas regiões estudadas.

Tais achados singulares demonstram que, indo além de um primeiro olhar que enxerga a insuficiência e fragmentação da rede como um problema central para sua operação, faz emergir a produção ativa da conformação da rede de urgência e emergência a partir de princípios e arranjos submetidos ao modelo médico hegemônico e aos interesses privados. Entre corpos empilhados nas filas da regulação oficial e a política de “descontos e parcerias” pudemos perceber as intersecções entre atenção básica e rede de urgência e emergência.

Cabe aqui problematizar a fala recorrente da fragilidade da atenção básica como se fosse sempre uma insuficiência da implantação de uma política. Ressaltamos que, no lugar

dessa “insuficiência”, temos uma disputa pela produção de um modelo de cuidado que orienta a conformação das redes. Para um determinado modelo, essa atenção básica que muitas vezes é rotulada de “fragilizada” e “insuficiente” é, ao contrário, necessária, resultando sua produção de uma competente gestão a serviço dessa perspectiva. Assim, o convite dessas reflexões, é que a centralidade na construção de nossas políticas de cuidado deve privilegiar a disputa do modelo, dos princípios, dos arranjos de cuidado a serem produzidos. Com a análise da intersecção entre a atenção básica e a RUE, percebemos que uma política ou norma pode gerar diferentes formas de cuidar que, para além de um reflexo na capacidade de gestão, explicita um projeto de mundo e de sistema de saúde.

Enquanto ações ‘para além da política’ identificamos também produções singulares locais, tanto no campo da gestão como do cuidado, através de dispositivos e arranjos produtores de redes, tais como espaços coletivos setoriais e intersetoriais (presenciais ou mesmo por *whatsapp*), instrumentos digitais como planilhas compartilhadas e sistemas de informação, além de estratégias como os apoiadores de rede e o matriciamento. Estas produções dão vida à RUE e mobilizam os trabalhadores do SUS que o (re)constróem no seu dia-a-dia.

O desafio que se impõe aos gestores municipais e regionais, num cenário no qual a centralidade dos hospitais é determinante para a conformação das redes de atenção, é forjar ferramentas de gestão capazes de se traduzir em tecnologias que gerem efeito concreto sobre a micropolítica do cuidado, disparando novos arranjos de rede de atenção capazes de subverter os dois agenciamentos que foram apresentados ao longo deste texto. Essas tecnologias, se implantadas de forma consistente, podem fortalecer os gestores, pois são ferramentas que colaboram, por exemplo, para subsidiar os enfrentamentos e os embates que emergem nas negociações com os prestadores de serviços hospitalares contratualizados pelo SUS.

É preciso sublinhar que, devido à ausência de equipamentos públicos potentes que poderiam diversificar o cuidado às urgências e emergências, o hospital se instituí no território como ponto de atenção central e estratégico para a conformação da RUE. Como podemos observar, não é exagero afirmar que o hospital é o dispositivo privilegiado a partir do qual a rede de atenção na região de saúde em tela é pensada; esse ponto de atenção está integrado numa rede com pouca diversidade de equipamentos e de modelagens de cuidado distintas do modelo de cuidado padrão-ouro. Assim, encontramos uma RUE que se organiza a partir do hospital e de forma verticalizada, responsável por reproduzir uma lógica de cuidado fragmentada.

Diferentes modelagens de cuidar que se constituam em formas de pensar e agir distintas do modelo tradicional de cuidado existente no campo da saúde, capazes de compor novas redes de atenção, podem permitir novos modos de produzir o cuidado. Apostamos que essas formações se tornam possíveis quando há espaço para que tais práticas adquiram consistência. Contudo, para que isso se torne possível, é preciso apostar em dispositivos de cuidado extra-hospitalares, mas também em novos arranjos de cuidado, a fim de que se construa uma rede diferente. Parece ser fundamental compor saberes e práticas que possam subverter a centralidade ou exclusividade do hospital na conformação da RUE. Provocar ruído na centralidade do hospital parece ser uma estratégia para chamar a atenção para a hegemonia desse ponto de atenção na micropolítica do cuidado, permitindo a emergência de novos saberes e práticas na conformação da RUE no território.

Assim, demos visibilidade a uma RUE que é singularizada e reinterpretada por gestores, usuários e trabalhadores do SUS, produzindo diferentes modos de produção do cuidado e gestão que impactam diretamente no acesso e na integralidade da atenção a situações de urgência e emergência em saúde.



## Participação em eventos científicos

TOFANI, L.; CHIORO, A. . A rede de Atenção às Urgências: uma abordagem micropolítica. In: **13º. Congresso Internacional Rede Unida**, 2018, Manaus. Anais do 13 Congresso Internacional Rede Unida, 2018. v. 4.

TOFANI, L.; FURTADO, L.A.C.; CHIORO, A. . Influências, Textos, Discursos e Práticas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. In: **I Simpósio de Saúde Coletiva**, 2020, São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unifesp. (Comunicação Oral e Publicado nos Anais)

TOFANI, L.F.N.; CHIORO DOS REIS, A.A.; FURTADO, L.A.C. . Histórias de vida de usuários na rede atenção às urgências: a busca pela autonomia para o trabalho e o cuidado familiar como co-produtor de mapas de cuidados. In: **8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2019, João Pessoa/PB. (Comunicação Oral e Publicado nos Anais)

HENCHEN, M. ; BORTOLI, J.Q. ; REBEQUI, A. ; GUIMARAES, C. F. ; CHIORO, ARTHUR . Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Macro Norte do Rio Grande do Sul. In: **V Semana Acadêmica Interinstitucional de Medicina de Passo Fundo**, 2019. (Apresentação de Trabalho).

TOFANI, L.F.N. ; CHIORO DOS REIS, A.A. . Reflexões de um pesquisador em campo: estranhamentos e encantamentos com os caminhos dos usuários pela rede de urgência e emergência. In: **Encontro Sudeste da Rede Unida - Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde**. 2019, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. (Comunicação).

CHIORO DOS REIS, A. A.; TOFANI, L. F. N. . A Rede de Atenção às Urgências e a produção de mapas de cuidado. In: **12º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2018, Associação Brasileira de Saude Coletiva – ABRASCO, Rio de Janeiro. (Comunicação).



TOFANI, L.F.N.; CHIORO DOS RESI, A.A.; GUIMARÃES, C.F.; FELICIANO, D.; SILVA, G.R.; BRAGAGNOLO, L.M.; FURTADO, L.A.C.; ANDREAZZA, R. O Cuidado em Saúde como Produtor de Redes Vivas. In: **14º Congresso Internacional da Rede Unida, Revista Saúde em Redes**, v. 6, supl. 3 (2020) - ISSN 2446-4813, Niterói, RJ. (COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICADO NOS ANAIS)

TOFANI, L.F.N.; A Coordenação do Cuidado pela Atenção Básica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Textos, Discursos e Práticas. In: **XVII CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA / III CONGRESSO DOS NÚCLEOS REGIONAIS (Online)**, Associação Paulista de Saúde Pública, 2021. Identificador: eaf4606c1c03f94621fca2f521f64483 (COMUNICAÇÃO ORAL)

TOFANI, L.F.N.; PEREIRA, A.L.; BIGAL, A.L.; REBEQUI, A. GUIMARÃES, C.F.; FELICIANO, D.G.C.F.; SILVA, G.R.; ARAÚJO, E.C.; HARADA, J.; JULIA QUADRI, J.B.; BRAGAGNOLO, L.M.; FURTADO, L.A.C.; NASSER, M.A.; HENCHEN, M.F.; BIZETTO, O.F.; ANDREAZZA, R. ; CHIORO, A., A Produção Micropolítica na Gestão Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências In: **4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, São Paulo-SP, 2021. (Comunicação Oral e Publicado nos Anais)

## Publicações

- **PUBLICADOS**

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; GUIMARAES, C. F. ; FELICIANO, D. G. C. F. ; SILVA, G. R. ; BRAGAGNOLO, L. ; ANDREAZZA, R. ; CHIORO, ARTHUR . Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva JCR*, v. 26, p. 4769-4782, 2021. **(artigo 1)**

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; ANDREAZZA, R. ; REBEQUI, A. ; GUIMARAES, C. F. ; HARADA, J. ; PEREIRA, A. L. ; CHIORO, ARTHUR . Gestão regional e a produção singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Ciência & Saúde Coletiva JCR*, v. 27, p. 1015-1025, 2022. **(artigo 4)**

SILVA, G. R. ; FELICIANO, D. G. C. F. ; CHIORO, A. . Médicos e hiperutilizadores de baixo risco em emergências: implicações éticas. *Revista Bioetica - Conselho Federal de Medicina*, v. 29, p. 567-577, 2021.

- **ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO**

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; ANDREAZZA, R. ; NASSER, M. A. ; CHIORO, A. . Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2022. **(artigo 5)**

- **SUBMETIDOS**

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; BIGAL, A.L.; FELICIANO, D.G.C.F.; SILVA, G.R; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Organização dos Serviços de Urgência e Emergência em Redes de Atenção à Saúde no Brasil: uma Revisão Integrativa'. Submetido para: Saúde e Sociedade (**artigo 2**) -

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; ANDREAZZA, R. ; NASSER, M. A. ; CHIORO, A. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Contextos de Influência e de Produção de Textos'. Submetido para: Physis (**artigo 3**)

TOFANI, L. ; FURTADO, L. A. C. ; ANDREAZZA, R. ; NASSER, M. A. ; BIZETTO, O.L.; CHIORO, A. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências "em Cena": Contingências e Produção do Cuidado no Contexto da Prática'. Submetido para: Revista Saúde em Debate (**artigo 6**)

Guimarães, C.F.; Rebequi, A.; Bortoli, J.Q.; Henchen, M.F.; Tofani, L.F.N.; Furtado, L.A.C.; Andrezza, A.; Chioro, A. Overbooking e saturação das portas de entrada dos hospitais: a micropolítica da RUE na intersecção com a rede hospitalar no Rio Grande do Sul. Submetido para: Ciência & Saúde Coletiva (**artigo 7**)

Guimarães, C.F.; Rebequi, A.; Bortoli, J.Q.; Henchen, M.F.; Tofani, L.F.N.; Furtado, L.A.C.; Andrezza, A.; Chioro, A. Corpos empilhados, descontos e parcerias: intersecções entre atenção básica e rede de urgência em uma região de saúde no Rio Grande do Sul, Brasil" Submetido para: Cadernos de Saúde Pública (**artigo 8**)

## Orientações

- **DOUTORADO (concluída)**

**Luís Fernando Nogueira Tofani.** A Rede de Atenção às Urgências: influências, textos, discursos e práticas na produção do cuidado. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo.

Orientador: Ademar Arthur Chioro dos Reis.

- **INICIAÇÃO CIENTÍFICA (concluídas)**

**Gabriela Rodrigues da Silva.** A Rede de Atenção às Urgências: e a produção viva do cuidado. Hiperutilizadores de Baixo Risco Clínico do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. 2018-2022. Iniciação Científica. (Graduando em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Orientador: Ademar Arthur Chioro dos Reis.

**Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano.** A Rede de Atenção às Urgências: e a produção viva do cuidado. Hiperutilizadores de Baixo Risco Clínico do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. 2018-2022. Iniciação Científica. (Graduando em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo.

Orientador: Ademar Arthur Chioro dos Reis.

**Michelle Flores Hennen.** A Rede de Atenção às Urgências: e a produção viva do cuidado. Iniciação Científica. 2018-2022 (Graduando em Medicina) - IMED-RS.

Orientador: Cristian Fabiano Guimarães.

**Julia Quadri Bortoli.** A Rede de Atenção às Urgências: e a produção viva do cuidado.

Iniciação Científica. 2018-2022 (Graduando em Medicina) - IMED-RS.

Orientador: Cristian Fabiano Guimarães.

- **MESTRADO (em andamento)**

**Andressa Rebequi.** Tessituras do cuidado na rede de atenção à saúde: a produção de mapas de cuidado nas situações de urgência e emergência na Atenção Básica. Início: 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo, Instituto Meridional.

Orientador: Ademar Arthur Chioro dos Reis.



- **PÓS-DOUTORADO (conclusão prevista para maio/2022)**

**Cristian Fabiano Guimarães.** A Gestão e a Governança Regional da Rede de Urgências e Emergências – RUE. Início: 2019. Universidade Federal de São Paulo.  
Supervisor: Ademar Arthur Chioro dos Reis.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, PF; Medina, MG; Fausto, MCR; Ligia Giovanella, L; Bousquat, A; Mendonça, MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 244-260, Setembro 2018
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.
- BARBOSA, MIS & BOSI, MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [ 4 ]: 1003-1022, 2017.
- Bertaux D. *Narrativas de vida, a pesquisa e seus métodos*. São Paulo: Paulus; 2010.
- BRUNELLO, M.E.F et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- BERNARDES, A.G.; PELLICCIOLI, E.C.; MARQUES, C.F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2.339-2.346, 2013.
- Cecílio LCO. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*. 270 f. Tese de Livre Docência – UNIFESP, São Paulo, 2007.
- Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não produzirmos “mais do mesmo”? *Saúde Soc*. 2012; 21(2): 280-289.
- Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface – ComunicSaúde Educ*. 2007; 11(22): 345-63.
- Cecilio, LCO & LACAZ, FAC. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012
- Cecílio, LCO. Andreazza, R. Apontamentos Epistemológicos e Metodológicos de uma Investigação em Atenção Básica: Caminhando pela Fita de Möbius. *Interface – ComunicSaúdeEduc*(no prelo).
- Cecílio, LCO. Carapineiro G. Andreazza R. Souza ALM. Andrade MGG. Santiago SM. Meneses CS. Reis DO. Araujo EC. Pinto NRS. Spedo SM. O Agir Leigo e o Cuidado em Saúde: a Produção de Mapas de Cuidado. *Cad SaudePublica*. 2014. 30(7):1502-1514
- CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (Org.). *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- Cecílio, LCO. Modelos Tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saud Publ*. 1997. 13(3):469-478.
- CECILIO, L.C.O. ; REIS, ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS . Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, v. 34, p. 34(8):e00136718-14, 2018.

Chioro dos Reis, AA. Entre a Intenção e o Ato: Análise da Política de Contratualização dos Hospitais de Ensino [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2011.

Chioro dos Reis, AA. Sóter, APM. Furtado, LAC. Pereira, SSS. Reflexões para a Construção de uma Regionalização Viva. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2017; 22(4): 1045-1054.

Chioro dos Reis, AA. Cecílio LCO. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúdeem Debate*. 2009; 33(81): 88-97.

Comissão IntergestoresBipartite de São Paulo. Deliberação CIB-SP nº 11 de 22 de março de 2016. Atualiza as Regiões de Saúde e os Municípios no Estado de São Paulo. DiárioOficialdo Estado de São Paulo. 2016 mar 23; 54(1):37.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1, Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.

Feuerwerker, LCM. Micropolítica e Saúde: Produção do Cuidado, Gestão e Formação. Porto Alegre: RedeUnida, 2014.

Franco, TB.; Bueno, SB & Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 15 (2) • Abr 1999 • <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2006. 432 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE. [acesso 2017 set 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Jorge, AO. Coutinho, AAP. Cavalcanti, APS, Fagundes, AMS, Pequeno, CC. Carmo, M. Abrahão, PTM. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *DivulgaçãoemSaúdepara Debate*. 2014; 52: 125-145.

Lins, AM. Cecílio LCO. Campos de Intervenções Organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2007; 11(23): 503-514.

Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude Soc*. 2015; 24(2):423-437.

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

Merhy EE. Gomes MPC. Silva E. Santos MFL. Cruz KT. Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *DivulgaçãoemSaúdepara Debate*. 2014. 52:153-164.

MERHY, EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. Disponível em:



[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_emerson\\_merhy.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf) Acesso em 23/09/2021

Minayo. MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2006.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011.

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

Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2013.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 dez 31; 251(1): 88-91.

Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, 2014.

Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2012.

Moreira LMC, Ferré F, Andrade EJG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção à Saúde em Minas Gerais, Brasil. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2017. 23(4):1245-1256.

O'Dwyer G, da Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet*; 2018 Set;13(5).

Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde debate*; 2018 Jul; 42(118):579-93.

Ramos AG. A modernização em nova perspectiva: em busca do modelo da possibilidade. In: Heideman, FG & Salm, JF. (orgs). Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: UNB, 2009.

Rezende, M. Baptista, TWF a. A Análise da Política Proposta Por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF (orgs). Caminhos para Análise de Políticas de Saúde. Porto Alegre: RedeUnida, 2015.



Rezende, M. Baptista, TWF b. A Idéia de Ciclo na Análise das Políticas Públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF (orgs). Caminhos para Análise de Políticas de Saúde. Porto Alegre: RedeUnida, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Organização Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. 308 p.

ROSSI, André e PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos [online]. 2014, vol.5, n.1, pp. 156-181. ISSN 2178-700X.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica.

Silva SF, Magalhães Junior HM. Redes de atenção à saúde: conceito, modelo e diretrizes. In: Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

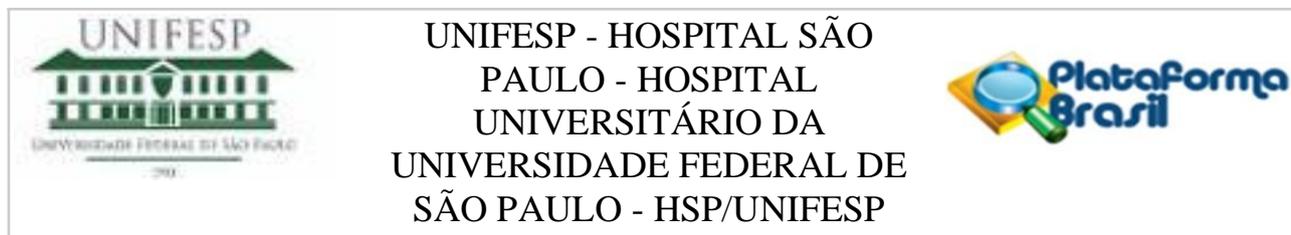
Souza, LEPP. Viana, ALD. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social. In: Paim JS & Almeida Filho N. (orgs). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

Tofani, LFN. Análise da Pactuação das Redes de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2016.

TOFANI, LFN. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: influências, discursos, textos e práticas na produção do cuidado. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2020.



## APÊNDICES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados

**Pesquisador:** Luís Fernando Nogueira Tofani

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 80281717.2.0000.5505

**Instituição Proponente:** Escola Paulista de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E  
TECNOLOGICO-CNPQ  
Faculdade Meridional - IMED

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.460.691

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP: 1432/2017.

Trata-se de emenda (E1) ao projeto: Ampliação do espectro do projeto de pesquisa

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1341826\_E1.pdf, de 02/05/2019).

BREVE APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

A presente pesquisa terá caráter qualitativo, será analítica, com abordagem micropolítica, caracterizada como estudo de caso e desenvolvida em fases incluindo: revisão bibliográfica e análise de documentos oficiais da formulação da RAU; entrevistas abertas com informantes-chave identificados entre os gestores do SUS em duas regiões de saúde (Campinas-SP e Passo Fundo-RS); entrevistas com usuários utilizando-se do método biográfico para a coleta de suas histórias de vida na utilização da rede; e entrevistas em profundidade com gerentes de diferentes serviços que compõem a RAU. O conteúdo das entrevistas será analisado por planos de análise mediante as categorias identificadas no material empírico, tendo como referência a “Abordagem do Ciclo de Políticas Públicas” desenvolvido por Ball que considera a política pública como texto e como discurso e estuda os contextos de influência, de produção de textos e da prática.

### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Analisar o processo de implementação e conformação dos modos de produção do cuidado das Redes de Atenção às Urgências nas Regiões de Saúde.

**Objetivo Secundário:** 1) Identificar analisadores da produção micropolítica presentes no processo de pactuação e implementação da Rede de Atenção às Urgências (RAU) nas regiões de saúde de Campinas (SP) e Passo Fundo (RS); 2) Analisar as possíveis mudanças no processo de gestão a partir da implementação das RUE nas regiões de saúde; 3) Caracterizar as transformações ocorridas nos modos de produção do cuidado em saúde a partir da implementação das RUE nas regiões de saúde.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os riscos envolvidos limitam-se aos possíveis constrangimentos dos entrevistados.

**Benefícios:** O estudo poderá trazer contribuições para o aperfeiçoamento da organização do Sistema único de Saúde bem como produzir conhecimento na área de política, planejamento e gestão em saúde coletiva.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda (E1) ao projeto.

Justificativa para a emenda:

Em 2018, após a aprovação do projeto pela CEP Unifesp/HSP, meu orientador, o Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis, ampliou o espectro do projeto de pesquisa e o submeteu ao edital do CNPq Universal. Em dezembro de 2018 o projeto foi aprovado. A partir daí, foi possível obter uma segunda fonte de financiamento, sob a responsabilidade da Faculdade Meridional (Imed), uma IES do Rio Grande do Sul.

As emendas aqui efetuadas são, portanto, todas destinadas à adequação do projeto de pesquisa,

destacando-se as seguintes mudanças:

- título da pesquisa: passou a ser denominada “Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados”;
- inclusão de pesquisadores pertencentes à Linha de Pesquisa Gestão do Cuidado e o Trabalho e(m) Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp e dois pesquisadores vinculados ao IMED
- contato científico: passa a ser efetuado diretamente pelo meu orientador e coordenador da pesquisa, o Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis
- metodologia: passa a incluir a Região de Saúde de Passo Fundo (RS), além da Região Metropolitana de Campinas (SP)
- sujeitos entrevistados: ampliado de 32 para 64 em função da inclusão de mais uma região de saúde
- financiamento da pesquisa: a ser realizado com recursos do CNPQ e IMED, com repercussão no orçamento originalmente previsto
- inclusão de instituições coparticipantes: Faculdade Meridional (IMED) e a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde (RS)

No que se refere aos demais aspectos da pesquisa, inclusive os metodológicos, analíticos e relativos às considerações éticas, não foram efetuadas quaisquer alterações em relação ao projeto original aprovado pela CEP Unifesp.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Documentos apresentados para a emenda:

- 1- carta justificativa da emenda (RESPOSTA\_AO\_PARECER.docx);
- 2- (TERMO\_Marau.pdf)
- 3- (TERMO\_Passo\_Fundo.pdf)
- 4- (TERMO\_David\_Canabarro.pdf)
- 5- (TERMO\_CRS.pdf)
- 6- (DECLARACAO\_ESCOLA\_SAUDE\_PUBLICA.pdf)
- 7- (med.pdf)

#### **Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda aprovada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer acatado pelo colegiado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341826_E1.pdf	01/07/2019 16:53:45		Aceito
Outros	TERMO_Marau.pdf	01/07/2019 16:52:36	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_Passo_Fundo.pdf	01/07/2019 16:46:13	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_David_Canabarro.pdf	01/07/2019 16:45:29	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_CRS.pdf	01/07/2019 16:44:57	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER.docx	01/07/2019 16:44:10	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	DECLARACAO_ESCOLA_SAUDE_PUBLICA.pdf	01/07/2019 16:42:28	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	Imed.pdf	19/06/2019 14:54:53	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	Emenda.docx	19/06/2019 14:42:41	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER.docx	16/12/2017 13:52:37	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SANTA_BARBARA.pdf	16/12/2017 13:45:09	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HORTOLANDIA.pdf	16/12/2017 13:44:34	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_ITATIBA.pdf	16/12/2017 13:43:42	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito

Outros	AUTORIZACAO_CAMPINAS.PDF	16/12/2017 13:42:56	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DRS.pdf	16/12/2017 13:41:14	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	16/12/2017 13:36:42	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.pdf	16/12/2017 13:35:40	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	22/11/2017 17:19:40	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	CADASTRO_CEP_UNIFESP.pdf	11/11/2017 12:09:17	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

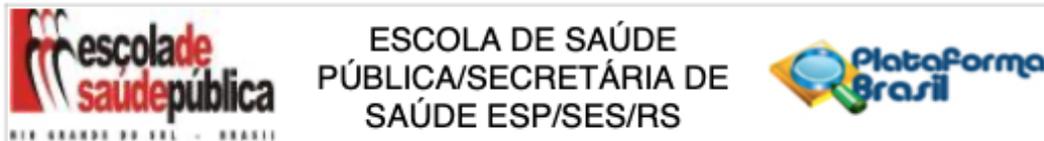
Não

SAO PAULO, 18 de Julho de 2019

---

**Assinado por:**

**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados

**Pesquisador:** Luís Fernando Nogueira Tofani

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80281717.2.3002.5312

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E  
TECNOLOGICO-CNPQ  
Faculdade Meridional - IMED

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.611.077

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da 2ª versão do protocolo de um estudo multicêntrico, de caráter qualitativo, a ser desenvolvido por Luís Fernando Nogueira Tofani, sob orientação de Ademar Arthur Chioro dos Reis, com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências, na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. A pesquisa, intitulada "A Rede de Atenção às Urgências: uma abordagem micropolítica", abrangia a Região Metropolitana de Campinas/SP.

A submissão da emenda atual, altera o título do estudo para "Rede de Atenção às Urgências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados", e passa a incluir a Região de Saúde de Passo Fundo (RS), além da Região Metropolitana de Campinas (SP).

O projeto de pesquisa foi aprovado no edital do CNPq Universal. A partir daí, obteve segunda fonte de financiamento, sob a responsabilidade da Faculdade Meridional (Imed), uma IES do Rio Grande do Sul. Foram incluídas as instituições participantes: Faculdade Meridional (IMED) e a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde (RS).

#### Objetivo da Pesquisa:

Nesta 2ª versão, os autores apresentam os seguintes objetivos;

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6311

**Bairro:** Partenon

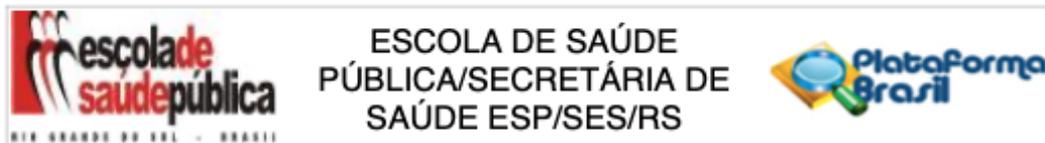
**CEP:** 90.610-001

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3901-1532

**E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 3.611.077

“Objetivo geral: analisar o processo de implementação e conformação dos modos de produção do cuidado da Rede de Atenção às Urgências (RUE) em duas regiões de saúde”. E como “Objetivos específicos: a) Identificar analisadores da produção micropolítica presentes no processo de pactuação e implementação da RUE;

b) Analisar as diferentes produções no processo de gestão a partir de sua implementação nas regiões de saúde de Campinas (SP) e Passo Fundo (RS);

c) Caracterizar as transformações ocorridas nos modos de produção do cuidado em saúde a partir da implementação da RUE nas regiões de saúde”.

Os objetivos foram apresentados de forma diferente nos documentos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, na segunda versão, os autores informam, no PROJETO DETALHADO, que “Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os riscos envolvidos limitam-se aos possíveis constrangimentos dos entrevistados e exposição pública.

Na condução deste estudo as identidades dos sujeitos da pesquisa que responderão às entrevistas serão preservadas, já que todos os procedimentos a serem realizados terão os cuidados necessários para assegurar confiabilidade e credibilidade dos mesmos. O sigilo e o anonimato serão garantidos a todos os participantes que terão seus nomes codificados para facilitar as análises.

No caso dos gestores e gerentes de serviços, ainda que seus nomes não sejam informados, há risco de que possam vir a ser identificados pela função exercida, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra e todos serão esclarecidos sobre este risco antes de assinarem o TCLE”.

No TCLE destinado ao gestores, os pesquisador referem: “Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os riscos envolvidos são o de constrangimentos dos entrevistados e exposição pública. Há risco de quebra de sigilo e ainda que seu nome não seja informado, você poderá vir a ser identificado pela função exercida, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra”. (PENDÊNCIA N° 7 ATENDIDA)

No TCLE destinados aos usuários, os pesquisadores citam: “Por tratar-se de uma pesquisa

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

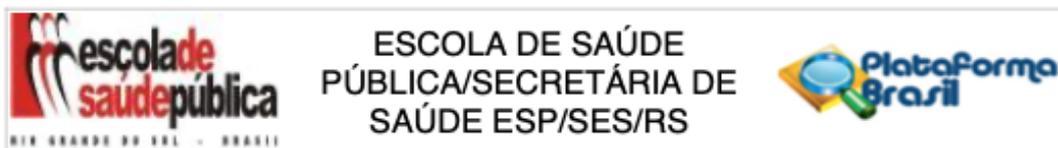
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 3.611.077

qualitativa, os riscos envolvidos são o de constrangimentos dos entrevistados e exposição pública. Seu nome não será informado”.

Em nenhum dos documentos foi informada a gradação dos riscos.

Quanto aos benefícios, os pesquisadores declaram, no PROJETO DETALHADO, que “Os benefícios que o estudo poderá aportar para os usuários consistem em contribuições para o aperfeiçoamento da organização do SUS e, em particular, da rede de atenção às urgências, melhorando o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde. Para os gestores, espera-se a produção de elementos que contribuam no funcionamento, organização, acesso, regulação, garantia de qualidade e integralidade do cuidado, organização em rede e outros elementos constitutivos da RUE”.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores modificaram a redação e esclareceram que: “O estudo visa analisar a implantação da Rede de Atenção às Urgências, que se deu entre 2011 a 2018, período em que ocorreu a pactuação e implementação das Redes de Atenção à Saúde pelos gestores municipais e estaduais de saúde, em especial a Rede de Atenção às Urgências e compreende dois ciclos dos governos estaduais e também do governo federal. Quanto aos municípios, compreende um ciclo completo de gestão (2013-2016) e duas metades de mandatos dos prefeitos (2011-2012 e 2017-2018). (...)”

Também informaram que “Será realizado um contato prévio com os possíveis entrevistados para o agendamento de um encontro individual. O objetivo é entrevistá-los em seus espaços de trabalho (gestores e trabalhadores) ou domicílio (usuários) para não prejudicar o andamento de suas atividades. No primeiro contato, serão explicitados os objetivos do estudo e os riscos e benefícios a que estarão submetidos na tentativa de obter adesão à participação na pesquisa”.

O cronograma foi atualizado e prevê a coleta de dados após a aprovação do CEP.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6311

**Bairro:** Partenon

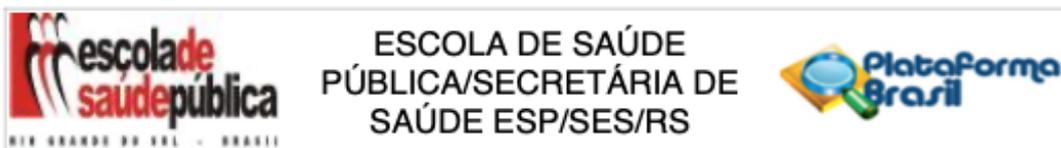
**CEP:** 90.610-001

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3901-1532

**E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 3.611.077

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE apresentado para gestores e usuários. No TCLE para gestores, encontra-se a informação "Há risco de quebra de sigilo e ainda que seu nome não seja informado, você poderá vir a ser identificado pela função exercida, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra".

O TCLE apresentado nesta 2ª versão está em linguagem acessível, informa o título atual da pesquisa, o objetivo da pesquisa e o contato do pesquisador responsável e da região. Contudo, o telefone do CEP ESP está desatualizado.

TAI de Marau foi reapresentado e está legível.

TAI dos municípios Passo Fundo, Davi Canabarro e da 6ª CRS autorizavam coleta de dados de prontuário. Os autores esclarecem que não haverá coleta em documentos, somente por entrevista.

**Recomendações:**

Recomendamos incluir, no TCLE, a gradação do risco (mínimo,baixo, moderado, elevado) juntamente com a descrição já apresentada.

Corrigir, no TCLE, o telefone do CEP ESP que é (51) 3901 1532.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os pesquisadores atenderam todas as pendências emitidas. O projeto está apto a ser executado e em conformidade com as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS.

Observar as recomendações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

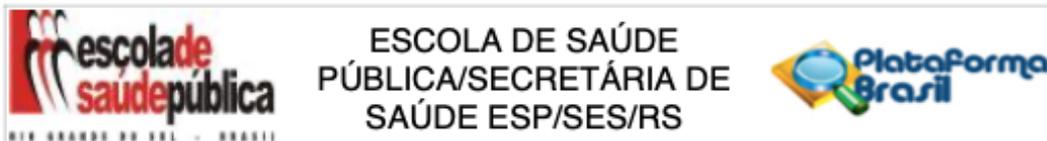
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 3.611.077

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1400022.pdf	05/09/2019 19:12:49		Aceito
Outros	TAI_Marau_Visivel.pdf	05/09/2019 19:09:59	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TCLE_gestores.docx	05/09/2019 19:08:51	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TCLE_usuario.docx	05/09/2019 19:08:26	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_CEP_ESP_RS.docx	05/09/2019 19:07:52	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	Projeto_revisado_CEP_ESP.docx	05/09/2019 19:04:08	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ESP.pdf	28/08/2019 17:36:23	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_Marau.pdf	01/07/2019 16:52:36	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_Passo_Fundo.pdf	01/07/2019 16:46:13	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_David_Canabarro.pdf	01/07/2019 16:45:29	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	TERMO_CRS.pdf	01/07/2019 16:44:57	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER.docx	01/07/2019 16:44:10	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	DECLARACAO_ESCOLA_SAUDE_PUBLICA.pdf	01/07/2019 16:42:28	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	lmed.pdf	19/06/2019 14:54:53	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	Emenda.docx	19/06/2019 14:42:41	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER.docx	16/12/2017 13:52:37	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SANTA_BARBARA.pdf	16/12/2017 13:45:09	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HORTOLANDIA.pdf	16/12/2017 13:44:34	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_ITATIBA.pdf	16/12/2017 13:43:42	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CAMPINAS.PDF	16/12/2017 13:42:56	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DRS.pdf	16/12/2017 13:41:14	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_CORRIGIDO.pdf	16/12/2017 13:36:42	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

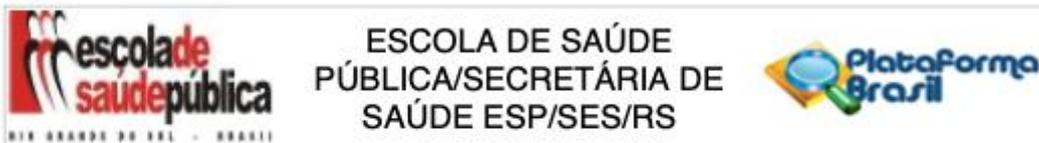
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 3.611.077

Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	16/12/2017 13:36:42	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.pdf	16/12/2017 13:35:40	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito
Outros	CADASTRO_CEP_UNIFESP.pdf	11/11/2017 12:09:17	Luís Fernando Nogueira Tofani	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Claudia Weyne Cruz**  
**(Coordenador(a))**