

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Marcio Antonio Resende

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E TRABALHADORES
SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

JUIZ DE FORA

2018

Marcio Antonio Resende

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E TRABALHADORES
SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva

JUIZ DE FORA

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Resende, Marcio Antonio.

Representações Sociais de Gestores e Trabalhadores Sobre a Rede de Atenção às Urgências / Marcio Antonio Resende. – 2018. 107 f. : il.

Orientador: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Serviços médicos de emergência. 2. Atenção à saúde. 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 4. Pesquisa qualitativa. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

MARCIO ANTONIO RESENDE

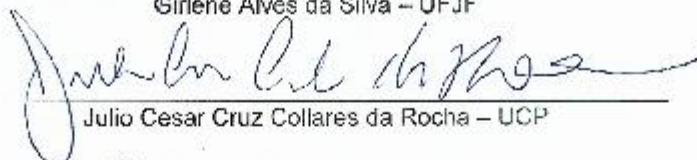
"Representações Sociais de Gestores e Trabalhadores sobre a Rede de Atenção às Urgências".

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 28/03/2018



Gislene Alves da Silva – UFJF



Julio Cesar Cruz Collares da Rocha – UCP



Fábio da Costa Carbogim – UFJF

*Dedico este trabalho a todos os autores e atores da
Rede de Urgência e Emergência.*

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa vencida e com isso a certeza que tenho é de que só obtive êxito, pois contei com muitas pessoas ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim, é chegada a hora de agradecer.

A Deus, que me deu o dom da vida, obrigado pela Sua presença contínua em meu viver, pela proteção nas estradas e por iluminar meu caminho sempre. Fazei-me instrumento de Vossa paz.

Aos meus pais, Dimas e Socorro, por sempre acreditarem em meu potencial, apoiando minhas decisões, compreendendo minhas ausências, nervosismo e cansaço. Serei eternamente grato. Vocês são meu porto seguro, obrigado pelo ombro amigo, pelas orações, pelos abraços e sorrisos acolhedores.

À minha irmã Flavia e seu esposo Luiz André obrigado por me apoiarem e por nos presentear com a doce Helena, que com esse olhar cativante e sorriso marcante recarrega minhas baterias.

Ao Júlio César, por estar presente ao longo desta caminhada, me ouvindo nos momentos de desespero e me trazendo paz.

À Dona Fátima e Juliana, pois sempre me receberam com carinho e atenção e se fazem importantes em todos os momentos.

Aos meus familiares por compreenderem as ausências. Aos meus avós pelas orações. As minhas afilhadas Jú, Michele, Gaby e Maria Antonia, princesas que amo tanto. Sem o carinho de vocês tudo seria mais difícil.

À minha amiga, irmã, afilhada Valesca, que tantas vezes me incentivou a fazer o mestrado, que tanto “puxou minha orelha” durante a execução dele, mas acima de tudo me apoiou sempre, obrigado por tudo, serei eternamente grato, sua amizade é muito importante para mim. Agradeço também ao Samuel, anfitriões mais que especiais.

Aos “Amores da Minha Vida” Ilídia, Helia, Paula, Guilherme, Andrea e Brisa, amigos de décadas, que mesmo distantes têm lugar especial nos pensamentos e no coração.

À professora Girlene Alves da Silva, que acreditou em meu potencial, me desafiando a crescer nesta jornada de aprendizado, obrigado pelas lições.

Aos professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, pois proporcionaram discussões, inquietações e principalmente reflexões na construção e na solidificação de novos conhecimentos.

Aos professores Júlio César Cruz Collares da Rocha e Geovana Brandão Santana Almeida pelas contribuições da qualificação que foram fundamentais para a construção desta dissertação.

Aos colegas de turma do mestrado, obrigado pelo companheirismo em especial aos “*Coffe friends*”, conhecer e estar com vocês foi fundamental para esta construção, espero levar esta parceria para a vida toda. Leilanni, nossos caminhos se reencontraram e isso me deixou muito feliz. Tati, nossas conversas nas idas e vindas a Juiz de Fora foram as mais deliciosas discussões deste mestrado. Amanda e Viviane, obrigado pela amizade e carinho.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – que através de seu Programa de Capacitação de Recursos Humanos – PCRH, possibilitou a realização deste sonho.

Ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN, aos docentes e alunos do curso de enfermagem pelo companheirismo, apoio e incentivo.

Ao Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Centro Sul, por permitirem que eu desenvolvesse este estudo.

Por fim, agradeço aos participantes do estudo, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde da cidade de Barbacena, que diariamente enfrentam as batalhas de se construir um atendimento mais digno e humano a toda população. O meu muito obrigado por confiarem em mim, espero fazer jus à tamanha responsabilidade.

*Olhe dentro dos meus olhos
Olhe bem pra minha cara
Você vê que eu vivi muito
Você pensa que eu nem vi nada*

*Olhe bem pra essa curva
Do meu riso raso e roto
Veja essa boca muda
Disfarçando o desgosto*

*Contemple o desenho fundo
Dessas minhas jovens rugas
Conquistadas a duras penas
Entre aventuras e fugas*

*Observe a face turva
O olhar tentado e atento
Se essas são marcas externas
Imagine as de dentro*

*A vida tem sido água
Fazendo caminhos esguios
Se abrindo em veios e vales
Na pele leito de rio*

(Pitty, Na pele)

RESUMO

A violência urbana, agudização de problemas crônicos, doenças cardiovasculares e situações emergenciais, sejam elas clínicas ou traumáticas, são desafios para o sistema de saúde vigente no Brasil. E trabalhar em forma de rede tem se revelado estratégia com potencial para redução da morbimortalidade e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa teve como objetivo: analisar as representações sociais de gestores e trabalhadores dos serviços de saúde da região ampliada de saúde centro sul de Minas Gerais sobre a rede de urgência e emergência. O estudo desenvolveu-se a partir da abordagem social da pesquisa qualitativa tendo como orientação teórica as Representações Sociais. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada junto a trinta gestores e trabalhadores de serviços de saúde da cidade de Barbacena/MG, sede da região ampliada de saúde centro sul. Os dados foram organizados conforme a análise temática proposta por Bardin. Os depoimentos obtidos permitiram construir três categorias: representando a organização da rede de urgência e emergência; a atenção básica e sua interface com a rede de urgência e emergência; o sentido de trabalhar na rede de urgência e emergência. As representações evidenciadas neste estudo geram a percepção de que a rede de atenção em urgência e emergência garante uma otimização da assistência. A construção e execução da Rede de Urgência e Emergência (RUE), assim como a legitimação e consolidação do Sistema Único de Saúde, são práticas sociais que por si só suscitam em seus atores controvérsias e inquietações. Sendo assim, constitui um cenário de elaboração e reelaboração de representações sociais. E, nesse sentido, emerge o sentimento de satisfação nos profissionais integrantes do processo, ao se reconhecerem como membros participantes das decisões, com possibilidade de serem ouvidos na busca de melhorias para seu cotidiano laboral.

Palavras chave: Serviços médicos de emergência. Atenção à saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Urban violence, the exacerbation of chronic problems, cardiovascular diseases and emergency situations, either clinical or traumatic, are the challenges for the current Brazilian health system. As a result, networking has revealing itself as a potential strategy to reduce morbidity and mortality rates and to consolidate the main ideas and guidelines of the Brazilian centralized Health System (SUS). The aim of this research was to analyze the social representations of health services' managers and workers in the amplified South-Center health area of Minas Gerais in the emergency networking. The study was carried out following the social approach of the qualitative research and it had Social Representations as theoretical principle. Data collection was conducted through semi-structured interviews with managers and workers of Barbacena/MG's health services, which is the headquarter of the amplified South-Center health area. Data organized was based on the thematic analysis provided by Bardin. The statements acquired allowed to generate three categories: the representation of the emergency networking organization; the basic attention and its interface with emergency networking; the meaning of working in the emergency networking. The representations provided by this study produce the perception that emergency networking attention needs to ensure an assistance optimization. The construction and execution of the Emergency and Emergency Network (RUE), as well as the legitimization and consolidation of the Unified Health System, are social practices that alone raise controversial and uneasy actors. Thus, it constitutes a scenario for the elaboration and re-elaboration of social representations. Therefore, it can rise the sense of satisfaction of the professionals who take part in the process, as they recognize themselves as members who participate of the decision-making, with the possibility to be heard in the pursuit of daily work improvements.

Keywords: Emergency medical services. Health care. Health services needs and demand. Qualitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Quadro da articulação entre estes diferentes integrantes	25
Ilustração 2: Caracterização demográfica dos sujeitos do estudo	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitários de Saúde
APH	Atendimento pré-hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PA	Pronto Atendimento
PNAU	Política Nacional de Urgência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RS	Representação Social
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades de Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UUE	Unidade de Urgência e Emergência
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CENÁRIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL	21
3 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	27
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO	27
3.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO	31
3.3 CENÁRIO	32
3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	34
3.6 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES	35
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
4.2 REPRESENTANDO A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA	40
4.2.1 Organização da rede de urgência e de emergência	40
4.2.2 Representação dos princípios/práticas de regionalização e de hierarquização	48
4.2.3 A relação entre os diferentes integrantes da rede	57
4.3 A ATENÇÃO BÁSICA E SUA INTERFACE COM A REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA	64
4.4 O SENTIDO DE TRABALHAR NA REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	96
ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde existente no Brasil vem sofrendo significativas alterações nas últimas três décadas. Os principais determinantes para sua estruturação datam da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em respeito aos princípios constitucionais de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de setembro de 1990. Em acréscimo a sua configuração, as instruções normativas, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), e o Pacto pela Saúde visam estabelecer normas e procedimentos regulatórios do processo de gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O SUS, em sua formulação, definiu que entre seus princípios doutrinários estão a universalidade, a equidade e a integralidade. Quanto às diretrizes organizativas contempla a descentralização, a hierarquização, a participação e o controle social. Dessa forma, a criação do SUS representou um marco na história do sistema de saúde brasileiro e, acima de tudo, um avanço na concepção de saúde e da garantia do direito a este, ao determinar e organizar a oferta de serviços no país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Entre os princípios doutrinários, é possível denotar que a universalidade estabelece que todos têm o direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, cabendo ao Estado o compromisso de ofertar serviços que atendam a essas necessidades. Já a equidade busca o atendimento sem preconceitos, sem privilégios ou sem priorização, segundo critérios de gênero, raça, profissão e condição econômica. Porém, as questões relacionadas à vulnerabilidade do indivíduo podem ser utilizadas como discriminação positiva. Por sua vez a integralidade é concebida como um conjunto articulado de ações e de serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009; AGUIAR, 2011; ROCHA; BOCCHI; JULIANI, 2011; ARENA, 2012).

No que compõe as diretrizes organizativas, a descentralização, a hierarquização, a participação e o controle social, a resolubilidade dos serviços e das ações está diretamente relacionada à capacidade da rede de serviço de

satisfazer as demandas. Para tal, a rede de atendimento torna-se hierarquizada e com diferentes complexidades, evitando a onerosidade e proporcionando a operacionalização dos recursos com base nas necessidades locais, oferecendo, assim, a divisão de poder e a função hierarquizada nos níveis municipal, estadual e federal. A aproximação e a articulação entre os níveis de atenção são um desafio do sistema e visam facilitar a gestão do sistema público, dar autonomia ao nível local e favorecer a tomada de decisões com base nas peculiaridades locais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009; MINARDI; MELO; CARDOSO, 2010; AGUIAR, 2011; BORBA et al., 2011; GODOY; SOUZA, 2011; MACHADO et al., 2012;).

No SUS, a centralidade do atendimento às necessidades do usuário e da comunidade está baseada no nível de atenção primária à saúde, sendo que os serviços são ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os quais podem ser disponibilizados utilizando-se ou não de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde. Já a atenção secundária, que engloba o atendimento de urgência e de emergência, é realizada e composta por diversos serviços, como as unidades de pronto atendimento, as policlínicas regionais, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto, incluindo o atendimento ambulatorial por especialidades. No nível terciário, estão incluídas as internações e os atendimentos realizados nas instituições de saúde, sendo que ambos demandam maior aparato tecnológico e assistencial (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; RITTER; SANTOS-ROSA; FLORES, 2013).

A busca pelos serviços de saúde está estruturada dentro da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e as atividades desenvolvidas pelos níveis de atenção primária, secundária e terciária articulam-se dentro dos serviços de referência e contra referência (LIMA et al., 2015).

O acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS, com um incremento do uso de serviços; contudo, contemplar de forma verdadeira princípios e diretrizes continua sendo um desafio para o SUS, havendo distorções na forma de organização dos serviços e de estruturação das prioridades, além da redução das possibilidades de oferta

de serviços adequados aos diferentes grupos populacionais (SENA; SILVA, 2011).

Na perspectiva da política de saúde instituída no Brasil, o usuário deverá ter acesso a serviços e a estruturas que permitam a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, sendo que as unidades básicas de saúde desenvolvem papel determinante na elaboração de estratégias e de operacionalização de ações a este fim. No entanto, no atendimento de urgência e emergência são necessárias decisões em curto espaço de tempo, constituindo, assim, uma forma diferenciada de assistência à saúde.

A lógica da atenção às urgências e às emergências deve ser a garantia do acolhimento de casos agudos ou crônicos agudizados, independente de ser um serviço de Atendimento pré-hospitalar (APH) móvel ou fixo (Estratégia de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento), hospitalar (Pronto Socorro, Unidade de Emergência) ou pós-hospitalar (Reabilitação, Atenção Domiciliar). É importante ressaltar que o nível de assistência necessária, assim como a possibilidade de encaminhamento responsável, deve atender aos preceitos da regionalização e à hierarquização, estando organizado em redes regionais de atenção às urgências com níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011).

As Unidades de Urgência e Emergência têm papel determinante no atendimento e, conseqüentemente, uma relevância inegável nos indicadores de morbimortalidade, sendo estudadas em vários países. No Brasil, o grande desafio destes serviços é a gestão de sua superlotação. Com intuito de responder a esta importante demanda da sociedade, em 2003 foi criada a Política Nacional de Urgência (PNAU), sendo fruto de uma grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, o que culminou com a mobilização de diversos atores, como: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), além do próprio Governo Federal (KONDER; O'DWYER, 2015).

A implementação da política para atenção às urgências no Brasil envolve quatro momentos principais. Podemos periodizar historicamente que, entre os anos de 2000 e 2003, iniciaram-se as regulamentações iniciais da política; em seguida, discussões permitiram a expansão do Serviço de Atendimento Móvel

de Urgência (SAMU), ocorrida entre os anos de 2004 e 2008 e, a partir de 2009, destaca-se a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h. Já em 2011, a Portaria Nº 1.600, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2011; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011;).

Como os demais tipos de serviços de saúde, o atendimento às urgências e às emergências deve ser planejado, programado e operacionalizado para atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, em virtude de deficiências no sistema, esses serviços acabam constituindo-se em porta de entrada dos hospitais, representando, para o usuário, possibilidade de acesso à atenção de maior complexidade e resolubilidade (COELHO et al., 2010).

O impacto da dificuldade do acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar é o aumento dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência, os quais passam a ser a principal forma de acesso às especialidades e às tecnologias médicas, transformando esses serviços em depósito dos problemas não resolvidos nas outras instâncias assistenciais (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas nas últimas décadas, sendo o rápido envelhecimento populacional uma das principais situações vivenciadas, têm importantes repercussões para o SUS. Aliada a isso, a própria condição de saúde da população, que é repleta de doenças crônicas não transmissíveis, convivendo com doenças infecto-parasitárias e afecções perinatais, complementadas pelo acesso restrito aos serviços especializados de saúde (SENA, SILVA, 2011).

Outro ponto importante a ser destacado entre as estruturas que envolvem o atendimento de urgência pré-hospitalar é a caracterização das UPAs, pois elas têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares (KONDER; O'DWYER, 2015).

Diante das grandes demandas pelos sistemas de urgência, assim como para organizar a oferta e os serviços da Rede de Atenção às Urgências (RAU), articulam-se diferentes componentes com seus respectivos níveis de densidade

tecnológica, para tal, é necessário a elaboração de mecanismos regulatórios. A insuficiente oferta de leitos hospitalares, nos serviços da rede assistencial, o que prolonga a permanência dos pacientes em espera de leito apropriado para continuidade da assistência, faz com que grande número de pacientes seja mantido por muito tempo na Unidade de Urgência e Emergência (UUE). Dessa forma, as emergências estão superlotadas, comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência, fato que ganha repercussão frequente na grande mídia, com expressão de descontentamento da população (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A relação entre os diferentes níveis de atenção tem sido incentivada para proporcionar e para garantir a integralidade da assistência. As doenças crônicas ainda são enfrentadas na mesma lógica das condições agudas. Nessa concepção, a busca pelo serviço de saúde se dá normalmente em momentos de agudização de doenças crônicas, gerando uma demanda espontânea, principalmente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ou internações hospitalares de urgência e emergência (MACHADO et al., 2015).

Machado et al. (2015) atesta que cerca de 30% dos pacientes que procuraram espontaneamente os serviços de urgência têm mais chance de realizar uma utilização inadequada do serviço. Considera-se atendimento inadequado para a UPA aquele que não constitui um caso de urgência ou de emergência. Os usuários que representam a demanda espontânea são atraídos, entre outros aspectos, pela atenção imediata, pela medicalização e pela realização de exames mais sofisticados que aqueles disponíveis na atenção primária.

Ainda na graduação em enfermagem, tive a oportunidade de realizar atividades práticas em um cenário de atendimento de urgência e de emergência e, na ocasião, inquietava-me a dinâmica do serviço, que nem sempre parecia responder ao desejo de usuários e de trabalhadores e, por vezes, percebia a insatisfação dos gestores que ali atuavam. Graduei-me em 2005. Desde então, atuei diretamente no contexto assistencial de alta complexidade em unidades de terapia intensiva e em serviços de oncologia, além de exercer atividades como docente. Em 2014, surgiu o convite para compor o serviço de enfermagem que atuaria na unidade de urgência e de emergência de um hospital estadual, na

região ampliada centro sul, referência para 51 municípios nos casos de acidente vascular encefálico hemorrágico e trauma, além de referência para todos os casos clínicos, cirúrgicos e ortopédicos para a microrregião de Barbacena, envolvendo 15 municípios.

No cotidiano desenvolvido nesta unidade, algumas situações me inquietam. Entre elas, destacam-se as dificuldades impostas pela regionalização de saúde aos pacientes que precisam deslocar-se em busca de atendimento, as dificuldades de gestores em gerenciar as unidades diante da complexidade dos atendimentos e da gravidade dos agravos atendidos nas unidades. Aponto ainda a inter-relação entre todos os serviços envolvidos no atendimento das urgências e das emergências, assim como as inferências das políticas instituídas para a atuação da equipe neste contexto, e, principalmente, a Representação Social (RS) que os trabalhadores e os gestores que atuam nos serviços de urgência e de emergência têm acerca da rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Baseado nessas experiências, em leituras preliminares sobre a Política Nacional de Urgência e Emergência, como também na metodologia de implementação das Redes de Atenção de Urgências e Emergências no estado de Minas Gerais, surgiram alguns questionamentos: como está organizada a rede de urgência e de emergência na região ampliada centro sul? Gestores e trabalhadores dos serviços de urgência e de emergência conhecem as interfaces da política instalada? A rede instalada supre as demandas requeridas por gestores e por profissionais que atuam nos serviços de urgência e de emergência? Quais facilidades e/ou dificuldades enfrentados no cotidiano destes serviços? Que representações sociais emergem da vivência prática na rede de atenção à urgência para profissionais e para gestores dos serviços de saúde?

O objeto deste estudo são as representações sociais de trabalhadores e de gestores de serviços de urgência sobre a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde na região ampliada centro sul do estado de Minas Gerais.

Objetivo do estudo

Analisar as representações sociais de gestores e de trabalhadores dos serviços de saúde da região ampliada de saúde centro sul de Minas Gerais sobre a rede de urgência e de emergência.

2 CENÁRIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

É inquestionável que as políticas de saúde devam se adequar às mudanças impressas pela modificação do perfil de saúde das populações. O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta três importantes situações características da modificação epidemiológica no Brasil - o aumento das doenças crônicas, principalmente com o envelhecimento da população e com a redução da taxa de fecundidade, as doenças infecciosas e as causas externas, caracterizadas principalmente pela violência urbana. É importante serem considerados os custos socioeconômicos elevados, além dos sofrimentos enfrentados pelos acometidos por acidentes de trânsito, por violências e por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

A atual Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo construída ao longo dos anos e passou por várias fases de aprimoramento. Sua fundamentação e desenvolvimento se deram ao final da década de 1990 em face aos complexos cenários. Ao abordar a evolução da política nacional de atenção às urgências no Brasil, partindo de seus pressupostos legais, é possível identificar três etapas bem caracterizadas, nas quais inicialmente predomina a organização e a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para estes atendimentos específicos, com a implantação do Serviço de Atenção Móvel de Urgência - SAMU, no âmbito pré-hospitalar. Em um segundo momento, o foco foi a implantação das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24h, e, por último, a incorporação de uma rede de atenção (DOURADO, 2013).

A implantação de sistemas estaduais de referência hospitalar e do SAMU foi dificultada pela crise instalada nos hospitais, em destaque os filantrópicos, aliada ao perfil de atendimentos e à situação financeira, sendo necessária intervenção governamental e a contratualização de serviços. Na década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as discussões, com auxílio de outras entidades, para o estabelecimento de normas ao atendimento pré-hospitalar móvel, sendo, então, reconhecida a necessidade de articulação de uma política

que organizasse os serviços de atenção às urgências devido a sua relevância pública (BRASIL, 2015).

É possível perceber que as primeiras discussões originaram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria MS nº. 1.863/2003. Cabe ressaltar que seu principal objetivo foi implantar e implementar ações para o processo de regulação de atenção às urgências, sendo possível diagnosticar e elaborar meios para estruturação de uma rede de serviços, de modo regionalizado e hierarquizado (ARAUJO, 2012).

Dentro desta perspectiva, estão envolvidos componentes responsáveis pelas interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com destaque à promoção e à prevenção; atenção primária utilizando como porta de entrada do sistema as Unidades Básicas de Saúde; as Unidades de Pronto Atendimento e outros serviços com funcionamento 24h; o SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), traumas, principalmente pela modificação do perfil epidemiológico da população, o que aumenta tais ocorrências; atenção domiciliar com instalação do Programa Melhor em Casa, objetivando dar assistência aos pacientes que necessitem de cuidados especializados, porém podem ser mantidos em suas residências (BRASIL, 2003).

Os preceitos e os fundamentos do artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforçam a necessidade de atuação desde a promoção e a prevenção, passando pelo diagnóstico, pelo monitoramento e pelo tratamento, como também pela recuperação (BRASIL, 1990).

Considerando a necessidade de modificação e o melhor direcionamento dos esforços para implementar uma efetiva rede de assistência à saúde nos casos de urgência, assim como o conceito da saúde disposto no artigo 196 da Constituição Federal, que aborda a saúde como direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe, foi instituída a Portaria Nº 1.600, em 7 de julho de 2011,

a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Um ponto em destaque na Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, é que:

[...] o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011).

Para se compreender o contexto de implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), é necessário compreender o próprio conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), que, conforme Mendes (2011), são organizações poliárquicas que envolvem diferentes serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns, sendo necessária uma cooperação mútua, permitindo, assim, a oferta de uma atenção contínua e integral a uma dada população. As RAS permitem a implantação das diretrizes do SUS, gerando benefícios a todos os envolvidos.

Entre os componentes da RUE destacam-se a Promoção, a Prevenção, a Vigilância à Saúde e a Atenção Básica em Saúde objetivando a ampliação do acesso, sendo a base para o atendimento de urgências e de emergências, constituindo-se, assim, elo de ligação aos demais pontos de referência, o acolhimento com a classificação de risco que auxilia no direcionamento dos fluxos de acordo com a gravidade dos casos. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências garantem o atendimento no local onde o usuário está, assim como seu imediato atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde dentro da rede e com a observância da hierarquização da área (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), o conjunto de serviços de urgência 24 horas e o Componente Hospitalar são as Portas Hospitalares de Urgência, responsáveis por atendimentos mais complexos e com maior resolutividade. Já a Atenção Domiciliar visa reduzir as

internações hospitalares dando aporte necessário para que o paciente permaneça em seu domicílio, recebendo cuidados especializados e individualizados (BRASIL, 2011).

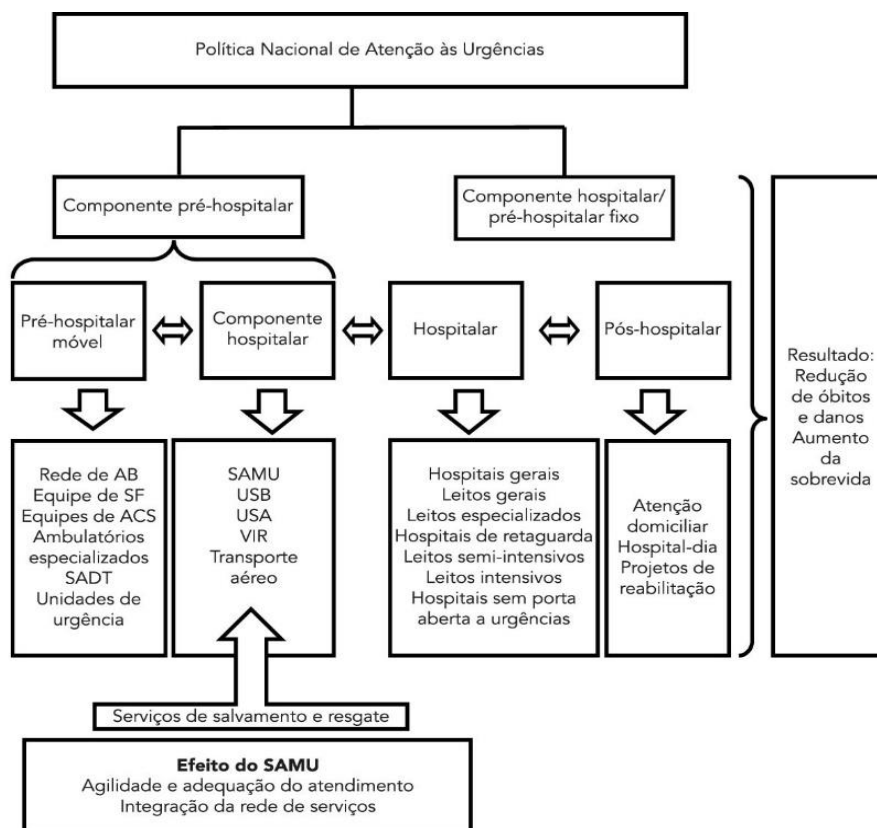
Estes diferentes integrantes e participantes devem articular-se, objetivando uma ampliação e uma qualificação do acesso aos mecanismos de saúde, sem perder como foco a humanização do atendimento, e, ainda, que este atendimento ocorra de forma ágil, segura e oportuna (BRASIL, 2011).

É necessário compreender que toda rede de atenção à saúde possui três elementos constitutivos, que se articulam e fundamentam sua organização: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Compreende-se a estrutura operacional como sendo as ações que têm como centralidade o processo de integração entre as redes de atenção e o sistema de regulação, buscando assegurar a oferta de ações e os serviços de saúde. A atenção primária em Saúde tem papel fundamental pois deve coordenar os fluxos e os contrafluxos de cuidados. Os pontos de atenção secundários e terciários, representados pelos serviços especializados, de diagnóstico e terapêuticos integram estas ações e possibilitam a operacionalidade da rede (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A efetivação de uma rede de atenção às urgências permite a racionalização de esforços, sendo aplicável para resolver problemas assistenciais de grandes áreas urbanas. Pensar múltiplos pontos ordenadores da entrada do paciente no sistema de saúde é fundamental, pois o usuário receberá o melhor atendimento que precisará dentro de uma perspectiva de continuidade do atendimento, utilizando-se de referência e contrarreferência. Um dos pontos ainda persistente são as dificuldades da rede básica para garantir acesso e resolubilidade. Com isso, parte substancial da demanda espontânea por serviços hospitalares de urgência/emergência decorre do descontentamento da população com relação a estes serviços, aliada à densidade tecnológica e à qualidade da assistência atribuída à instituição hospitalar (AZEVEDO et al., 2010).

Ortiga et al. (2016), ao realizar o estudo intitulado “Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil”, propõe um

quadro (Ilustração 1), que demonstra a articulação entre estes diferentes integrantes e como tal interlocução pode ser percebida.



AB: atenção básica; ACS: agentes comunitários de saúde; SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SF: saúde da família; USA: Unidade de Suporte Avançado; USB: Unidade de Suporte Básico; VIR: Veículo de Intervenção Rápida.

Ilustração 1: Quadro da articulação entre estes diferentes integrantes PNAU

Amorim et al. (2013), descreve que a análise de um sistema de saúde deve focar na estruturação e no funcionamento, sendo observados os objetivos assistenciais traçados, o modelo pretendido e a funcionalidade de suas ações. Dessa forma, o aspecto físico e estrutural envolve todos os processos (arquitetônicos, administrativos, engenharia biomédica), a fim de viabilizar o alcance da proteção, a promoção e a recuperação da saúde. Tais aspectos possibilitam ainda aos trabalhadores melhores condições de trabalho e satisfação.

O ambiente físico influencia diretamente na saúde e na segurança, porém a maioria dos serviços de saúde funcionam em ambientes adaptados,

interferindo na percepção dos profissionais sobre suas ações. É necessário investir na gestão e na administração dos serviços de atendimento que compõem a rede de atenção (AMORIM et al., 2013).

3 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO

No dia a dia de trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência que compõe a rede de atenção às urgências na região ampliada Centro Sul do estado de Minas Gerais, por vezes me deparo com trabalhadores e com gestores com conhecimentos e com concepções diferentes sobre o contexto de implantação, de estruturação e de funcionamento desta estrutura de serviços. E estas diferentes visões e interpretações me fizeram refletir sobre as representações sociais trazidas pela implantação desta política em nossa região.

Esses aspectos vivenciados, quase cotidianamente, orientam que os pressupostos da teoria das representações sociais se apresentam como oportunos para fundamentar o alcance do objetivo proposto neste estudo, uma vez que as representações de trabalhadores e de gestores dos serviços de saúde refletem sobre a prática instituída no contexto de implantação da rede de atenção às urgências. As políticas de saúde são criadas em um macroprocesso, visto que o Brasil é um país com larga extensão territorial, e que sua implantação deva ser investigada nos diferentes contextos de inserção.

Diante do exposto, esta pesquisa foi fundamentada no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, no que se refere ao conteúdo e ao processo de pensamento frente ao fenômeno social da implantação de uma política de atendimento às urgências e às emergências em uma dada região demográfica. Parte-se do propósito de que as representações sociais determinam práticas dos atores sociais originadas de consensos e de conflitos ricos e heterogêneos, constantemente reavaliados e reconstruídos nas frequentes interações sociais nos grupos de pertencimentos (MOSCOVICI, 2003).

A teoria das Representações Sociais foi elaborada por Moscovici através de sua obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, a qual objetivava compreender as representações da psicanálise, bem como a apropriação que

diferentes grupos sociais faziam dela na sociedade francesa; dessa forma, as relações intergrupais são a base desta teoria (VALA; CASTRO, 2013).

As representações sociais originam-se nas teorias científicas, culturais, ideológicas, nas experiências e nas conversações interindividuais e intergrupais, sendo estas “um sistema de valores, noções e práticas que proporcionam aos indivíduos os meios para orientar-se no contexto social e material (SILVA; CONSTANTINO; PREMAOR, 2011, p. 235).

Podemos encontrar uma variedade de definições para o fenômeno das representações sociais. Segundo Jodelet (2001, p. 22):

Um sistema de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Igualmente intervêm em processos tão variados quanto à difusão e à assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais. [...] como o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social da realidade. Ou seja, está-se interessado em uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte, os processos, e constituído, os produtos ou conteúdo. Modalidade de pensamento que tem sua especificidade em seu caráter social.

Para Wagner (1998, p. 3-4), RS é simultaneamente um “[...] conteúdo mental estruturado - isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico - sobre um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social” e “...um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado”. Já a perspectiva de Doise (1985, p.246) concebe as representações sociais como “...princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais, e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”.

Dessa forma, as representações sociais situam-se no campo do conhecimento prático que visa apreender os saberes de senso comum, ou seja, têm como pilar os conhecimentos inerentes de uma sociedade, que a todo momento intervêm e se relaciona com a realidade na qual está inserida (SPINK, 1993; JODELET, 2001).

Uma característica marcante da RS é a forma de conhecimento resultante do senso comum, aquela que é compartilhada e elaborada socialmente, permitindo a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes ao grupo social, tomando como ponto de partida a diversidade de indivíduos, suas atitudes e fenômenos, e como também como estas interações formam conceitos (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais respondem a dinâmica de construção de conceitos que permitem compreender e explicar uma dada realidade, guiando comportamentos e práticas, a fim de justificar um dado posicionamento e/ou comportamento, frente às inquietações do dia a dia, elas surgem do produto ou do processo de pensamentos em que o indivíduo, ou mesmo um grupo de pessoas, reconstitui o significado da realidade confrontada (ABRIC, 1998).

Neste contexto de construção de saberes coletivos e individuais, frente à rede de atendimento às urgências, da região ampliada de saúde centro sul, foram sendo criadas representações, e, neste sentido, a Teoria das Representações Sociais provê subsídios para uma ampla visualização do imaginário social que as pessoas têm em relação a estes serviços e ao próprio funcionamento do SUS.

A gênese das representações sociais apresenta dois processos essenciais capazes de tornar o estranho em familiar: a ancoragem e a objetivação. Tais conceitos são trazidos por Moscovici (2009).

Compreende-se por ancoragem o caminho pelo qual algo estranho e perturbador pode ser transformado através do sistema de pensamentos pré-existent, comparando o que antes era desconhecido com algo conhecido e já categorizado na mente, partilhado na memória social do grupo, dando nome a algo (MOSCOVICI, 2009).

A objetivação é processo pelo qual o que era desconhecido passa a ser familiar; o que era abstrato passa a ser concreto, além de se transformar um conceito em um núcleo figurativo (SANTOS, 2005).

Para Moscovici:

Une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece então diante dos nossos olhos, física e acessível (MOSCOVICI, 2009, p. 71).

Dessa forma, estes dois mecanismos interdependentes, ancoragem e objetivação, possibilitam a formulação de representações, o que transforma o não-familiar em familiar, inicialmente identificando-o no quadro de referência, para que possa ser comparado e interpretado, e depois reproduzido e colocado sob controle (MOSCOVICI, 2009).

Jodelet (2001) enfatiza que, a representação social possui como característica notória, a forma de conhecimento do senso comum, socialmente partilhada e elaborada, que propicia a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes a um grupo social. É um sistema de interpretação dos processos cognitivos e das interações sociais que orienta e organiza as condutas e as comunicações sociais. A autora ainda enfatiza que ao se estudar as representações sociais, devem-se buscar meios de articulação entre os mais diversos elementos, como os afetivos, sociais e mentais, considerando sempre a cognição, a linguagem e a comunicação.

Na mesma concepção, Abric (2001) afirma que as representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas, uma vez que elas respondem as funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade; as funções identitárias, que definem a identidade do grupo e permitem proteger sua especificidade; funções de orientação que guiam os comportamentos e as práticas e, por fim, as funções justificatórias, que permitem justificar as tomadas de posição e comportamento.

Acreditando na contribuição desse referencial teórico para os estudos que têm como objeto a implantação da política nacional de urgência e emergência na região ampliada centro sul do estado de Minas Gerais, pois o mesmo possibilitará conhecer os processos e mecanismos pelo qual este grupo de profissionais e gestores se articulam, constituindo o sentido da implantação da rede de atenção às urgências e suas repercussões para o cotidiano. Revelando as influências e as perspectivas envolvidas na organização dos serviços que são determinantes para a qualidade do atendimento prestado, assim como para a satisfação de usuários, de profissionais e de gestores.

3.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO

Considerando o objeto desta pesquisa, optamos pelo método de investigação qualitativa do tipo descritivo e analítico, por esse ser capaz de compreender os sujeitos na sua realidade e os significados do fenômeno estudado para suas vidas. Esse tipo de abordagem busca compreender os fenômenos humanos de maneira holística e humanística, considerando o contexto em que esses ocorrem com todas as suas inter-relações.

Segundo Minayo (2012, p. 626), a abordagem qualitativa “tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade”, e, dessa forma, é capaz de construir conhecimento novo por contemplar as exigências de um construto científico.

O enfoque da pesquisa qualitativa corresponde à forma de compreender e de analisar a realidade, sendo destacados aspectos consciências, subjetivos dos autores e suas percepções, bem como a compreensão do contexto sociocultural, a relevância dos fenômenos e seus significados (TRIVIÑOS, 2007).

Diante da diversidade e da complexidade dos comportamentos e dos fenômenos humanos, diferentes métodos, com objetivos e trajetórias diversos, encontram espaço na pesquisa científica. Nesse universo, a abordagem qualitativa apresenta uma proposta diferente das pesquisas quantitativas na forma de responder ao complexo sistema de significados e de comportamentos humanos, considerando a influência dos contextos sociais e informando sobre aspectos importantes dos cuidados de saúde baseados em evidências (MINAYO, 2008).

A metodologia qualitativa possibilita investigar questões que não são quantificáveis, isto é, crenças, sentimentos, fenômenos, fatos, motivações individuais, comportamentos e significados obtidos nas experiências de vida. Além disso, permite trabalhar conceitos, metáforas, símbolos, descrições e características do objeto de pesquisa (BERG, 2001). Apresenta como cerne o significado, ou seja, é através do que ele representa na vida do indivíduo e do

grupo que a vida se organiza, e os cuidados de saúde são determinados e incluídos (TURATO, 2005).

Portanto, alicerçadas na abordagem qualitativa, buscou-se alcançar o entendimento aprofundado dos sentimentos, dos saberes, das maneiras de pensar e dos comportamentos, em um nível profundo de realidade, de gestores e trabalhadores da rede de urgência e emergência.

3.3 CENÁRIO

Julgamos estratégico que esta pesquisa se desenvolvesse no âmbito da microrregião de Barbacena, por ser este um espaço que contempla as principais referências hospitalares da região ampliada de saúde centro do Estado de Minas Gerais. Além disso, representa uma unidade de atenção à saúde que permite uma articulação entre os diferentes serviços que compõe a rede, de forma a envolver os diversos atores sociais na construção de ações e metodologias que garantam seu funcionamento e articulação.

O estudo foi realizado nos serviços de saúde que compõem a rede de atenção às urgências no município de Barbacena, Minas Gerais. Acreditamos que as experiências vivenciadas na sede da macrorregião de saúde possam expressar as inter-relações entre os diferentes serviços de saúde que compõem a rede.

A cidade de Barbacena está localizada na região sudeste do Estado de Minas Gerais, na mesorregião geográfica do Campo das Vertentes. Como sede da região ampliada de saúde, ela cedia a Superintendência Regional de Saúde. O superintendente regional coordena o Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde Centro Sul.

Após contato inicial com o Superintendente Regional de Saúde de Barbacena, o projeto de pesquisa foi apresentado em reunião ordinária do referido comitê gestor, sendo solicitado e, conseqüentemente, autorizada a realização desta pesquisa (ANEXO A).

A escolha dos serviços de saúde da cidade de Barbacena obedeceu ao critério de conveniência por serem locais previamente conhecidos do pesquisador, o que facilitou a entrada no campo, por ser sede da região ampliada de saúde e por alguns destes serviços serem referência para toda a região ampliada de saúde centro sul, refletindo as principais influências que a regionalização, a hierarquização e o trabalho em rede trazem para estes serviços.

3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Segundo Minayo (2008), uma pergunta importante quando pensamos nos participantes de um estudo seria: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”. Compartilha deste pensamento Turato (2003), ao referenciar que a escolha dos participantes deve estar pautada na identificação daqueles cujos dados biopsicossociais possam originar informações substanciais sobre a temática do estudo.

Outro ponto determinante a ser destacado é que, numa busca qualitativa, as generalizações não devam ser buscadas, e sim o aprofundamento da compreensão; dessa forma, o processo de amostragem deve refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões e não um critério meramente numérico (MINAYO, 2008).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, à medida que os dados foram sendo coletados e transcritos na íntegra, realizava-se a leitura cuidadosa e apurada das informações com o intuito de verificar a necessidade de continuidade ou não de novas entrevistas.

Foram selecionadas, para este estudo, 30 participantes, sendo estes profissionais médicos ou enfermeiros que atuam tanto na assistência quanto na gerência dos serviços de saúde que compõe a rede de atendimento à urgência na cidade de Barbacena, o que corrobora com o argumento de Chizzotti (2000), de que todas as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la, uma vez que, inseridos em um determinado contexto,

determinam suas ações e estratégias bem como estabelecem seus estilos de vida, e dessa forma, fornecem maior clareza à compreensão dos processos que orientam os comportamentos adotados.

Tomamos como critérios de inclusão dos participantes: consentimento em participar de maneira voluntária do estudo; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); idade acima de 18 anos; experiência mínima de 06 meses como gestor ou trabalhador assistencial em serviço de urgência que componha a Rede de atenção instalada na região ampliada Centro Sul.

Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: trabalhadores que, por motivos particulares, não aceitem participar do estudo, aqueles que estiverem licenciados por questões médicas e de férias, os que não apresentarem condições físicas e psíquicas para participarem da entrevista, ou aqueles que em qualquer momento da pesquisa desejaram deixar de fazer parte do estudo.

A participação dos entrevistados ocorreu de forma voluntária, tendo sido previamente informados dos objetivos do estudo e do sigilo de suas informações. Antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita, os entrevistados tiveram acesso à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), elaborado de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 510/2016).

Foi assegurado o anonimato das participantes do estudo, compromisso assumido no momento da realização das entrevistas, através da utilização de códigos em que foi destacado o número da entrevista realizada, o gênero declarado, a profissão, a atuação como gestor ou assistencial e o tempo no cargo no ato da entrevista.

3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 06 de julho de 2017, sob parecer

número 2.160.841 (ANEXO B) foi realizado contato entre o entrevistador e os gestores e os trabalhadores de serviços de saúde, que compõem a rede de urgência e emergência na cidade de Barbacena, sendo agendada uma reunião em que foi realizado o convite para a participação na pesquisa.

Para o estudo utilizou-se da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), por permitir ao entrevistador fazer adaptações e considerações necessárias durante a realização da entrevista, dando a ele liberdade para falar sobre o tema, relacionando-o com outras questões se assim desejasse. O roteiro de entrevistas foi elaborado com base nas leituras preliminares, sendo construindo ao longo do processo de estruturação da pesquisa.

A entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se define como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, como sujeitos-objeto da pesquisa, os quais vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. As informações coletadas por meio da entrevista são reflexões dos sujeitos, de forma subjetiva, e representam a realidade, a expressão, as crenças, as opiniões e os comportamentos (CRUZ NETO, 1995; MINAYO et al., 2007).

A entrevista semiestruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e em hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes. Surge espontaneamente ao informante sua linha de pensamento e suas experiências dentro do enfoque principal direcionado pelo pesquisador, inserindo dessa forma sua participação na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2007).

As entrevistas foram realizadas entre julho e setembro de 2017.

3.6 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES

Após ouvirmos os participantes do estudo e com o intuito de organizar e de analisar as representações apreendidas, selecionamos o método de análise

de conteúdo proposto por Bardin (2008), sendo este um conjunto de técnicas de comunicação que não são rigorosamente definidas e nem inflexíveis.

Cabe ainda ressaltar que, na perspectiva de Vala (1986, p. 104), “o material sujeito à análise de conteúdo é concebido como o resultado de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao analista construir um modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou várias condições de produção”.

Ainda seguindo Chizzotti (2000, p. 98), a “análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento”. Soma-se a esta definição o conceito de Minayo (2008) que define a análise de conteúdo como uma técnica de tratamento e de inferências sobre dados através de procedimentos padronizados. Esta técnica pode ser aplicada à análise de textos escritos ou de comunicação, como no caso do estudo em questão.

Conforme Minayo (2008), a análise do conteúdo parte de uma leitura em primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Desse modo, a análise do conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, conteúdo cultural e processo de produção de mensagem.

Chizzotti (2000) afirma que o objetivo da análise de conteúdo é interpretar e compreender o significado das comunicações seja ele explícito ou oculto. Bardin (2008, p. 46) afirma ainda que este método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”.

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optamos pela análise temática, seguindo as três etapas propostas por Bardin (2008):

- 1) Pré-Análise: diz respeito à escolha dos documentos que serão analisados mediante a leitura flutuante e a organização do material escolhido para delimitar o *corpus* da investigação, que deverá estar permeado de exaustividade, de representatividade e de homogeneidade. A formulação

e a reformulação de hipóteses e de objetivos consideram a leitura exaustiva dos documentos selecionados e, se necessária, a reformulação das indagações.

- 2) Exploração do Material: refere-se à codificação e à classificação dos dados e, consecutivamente, à escolha das categorias teóricas específicas dos temas.
- 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: consiste na imposição de relações, nas inferências e nas interpretações do analista, sustentando cientificamente as informações colhidas.

Amparados pelo suporte teórico-metodológico escolhido para o estudo, buscamos, com as mensagens emitidas pelos trabalhadores e pelos gestores de serviços de saúde, descobrir e compreender o significado que suas palavras manifestam e encobrem em relação ao fenômeno estudado. E assim, por meio de uma observação e de uma análise minuciosa, intencionamos decifrar e apreender a realidade oculta do conteúdo contido nas palavras dos participantes do estudo.

E por meio dessa forma de análise do conteúdo, identificamos as representações de gestores e de trabalhadores dos serviços de saúde que compõem a rede de urgência e emergência da região ampliada de saúde centro sul sobre a própria rede de urgência e emergência.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Inicialmente, será apresentado o perfil sociodemográfico, profissional e laboral dos sujeitos que participaram do estudo, a fim de permitir uma análise do contexto no qual estão inseridos e suas influências no objeto estudado.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, optou-se pelo emprego de um código alfanumérico para identificá-los:

Vogal E – entrevistado;

Sequência numérica – ordem segundo a qual ocorreu a entrevista;

Letra M ou F - M para o gênero masculino ou F para o feminino;

Letra M ou E - M para profissionais médicos e E para enfermeiros;

Letra A ou G – A para o profissional que atua na assistência e G para o que atua na gestão;

Número - corresponde ao tempo que o profissional atua na função informada.

Codificação	Idade	Gênero	Profissão	Tempo formação	Cargo	Tempo no cargo	Possui outro vínculo
E1MMA2	33	Masculino	Médico	4	Assistencial	2 anos	SIM
E2FMA12	40	Feminino	Médico	16	Assistencial	12 anos	SIM
E3MMA2	35	Masculino	Médico	4	Assistencial	2 anos	SIM
E4MMA2	26	Masculino	Médico	2	Assistencial	2 anos	NÃO
E5FEG3	34	Feminino	Enfermeiro	11	Gestão	3 anos	NÃO
E6MEG2	28	Masculino	Enfermeiro	5	Gestão	2 anos	SIM
E7FEA2	36	Feminino	Enfermeiro	12	Assistencial	2 anos	NÃO
E8MMA2	31	Masculino	Médico	7	Assistencial	2 anos	SIM
E9FEG6	35	Feminino	Enfermeiro	7	Gestão	6 anos	SIM
E10MEG3	35	Masculino	Enfermeiro	8	Gestão	3 anos	SIM
E11FMG2	32	Feminino	Médico	9	Gestão	2 anos	SIM
E12FEA3	32	Feminino	Enfermeiro	7	Assistencial	3 anos	SIM
E13MMG3	38	Masculino	Médico	9	Gestão	3 anos	SIM
E14MMG4	61	Masculino	Médico	36	Gestão	4 anos	NÃO
E15MMG4	46	Masculino	Médico	18	Gestão	4 anos	NÃO
E16MEA1	30	Masculino	Enfermeiro	7	Assistencial	1 ano	SIM

E17MEG5	42	Masculino	Enfermeiro	7	Gestão	5 anos	SIM
E18FEA3	37	Feminino	Enfermeiro	7	Assistencial	3 anos	NÃO
E19FEA2	31	Feminino	Enfermeiro	8	Assistencial	2 anos	NÃO
E20MMG4	35	Masculino	Médico	10	Gestão	4 anos	SIM
E21MMA5	32	Masculino	Médico	6	Assistencial	5 anos	SIM
E22MEA2	31	Masculino	Enfermeiro	8	Assistencial	2 anos	SIM
E23FEA3	33	Feminino	Enfermeiro	11	Assistencial	3 anos	NÃO
E24MMA9	34	Masculino	Médico	9	Assistencial	9 anos	SIM
E25FEA2	34	Feminino	Enfermeiro	10	Assistencial	2 anos	SIM
E26FMA1	31	Feminino	Médico	5	Assistencial	1 ano	NÃO
E27FEA4	49	Feminino	Enfermeiro	12	Assistencial	4 anos	NÃO
E28MEA3	32	Masculino	Enfermeiro	11	Assistencial	3 anos	SIM
E29FEA3	32	Feminino	Enfermeiro	7	Assistencial	3 anos	SIM
E30MMA3	38	Masculino	Médico	9	Assistencial	3 anos	SIM

Ilustração 2 – Caracterização demográfica dos sujeitos do estudo (n=30)

A média de idades dos entrevistados foi de 35,4 anos, variando de 26 a 61 anos. Em relação ao gênero, 56,6% são do gênero masculino e 44,4% do gênero feminino. No que concerne à profissão, 53,3% relataram ser enfermeiros e 46,7%, médicos.

Quanto ao tempo de formação, a média foi de 9,4 anos e a mediana de 8 anos, sendo que um dos entrevistados afirmou possuir 36 anos de formado. Já em relação à formação complementar, foi observado que entre os entrevistados apenas 1 (um) não possui pós-graduação *lato sensu* e 2 entrevistados possuem especialização *stricto sensu*, nível mestrado.

Ao se questionar a área de atuação, 66,6% dos entrevistados afirmaram atuar na área assistencial e 43,4% na área administrativa, como gestores de serviços de urgência e de emergência. Em relação a possuírem outro vínculo empregatício ou a desempenharem outras atividades, 43,4% dos entrevistados afirmaram possuir apenas um emprego. Vale ressaltar que 3 entrevistados alegaram trabalhar também na rede de urgência e de emergência de outra região ampliada de saúde e 6 afirmaram possuir mais de um vínculo empregatício no serviço da rede de urgência e de emergência centro sul.

Após as informações expostas, serão analisadas e discutidas as três categorias que emergiram das falas dos participantes.

4.2 REPRESENTANDO A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

4.2.1 Organização da rede de urgência e de emergência

As representações sociais resultam da amálgama de experiências vivenciadas diretas e indiretamente. Estas, influenciadas pelo ambiente cultural e social, permitem que os sujeitos, em seu universo de relações cotidianas, produzam discursos, práticas e atitudes que os auxiliam na tomada de posicionamentos diante das circunstâncias e dos objetos sociais. Ou seja, esse conhecimento vivido e construído coletivamente é referencial para a interpretação da realidade, e, conseqüentemente, da produção de representações que determinarão comportamentos e práticas.

Nesse sentido, as redes de atenção à saúde representam um universo de intensas e multifacetadas interações e, portanto, geradoras de representações sociais. São arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Desse modo, compreender as representações sociais de seus atores faz-se necessário por possibilitar maior compreensão das dinâmicas de trabalho envolvidas no dia a dia laboral (LAVRAS, 2011).

A rede de atenção às urgências foco do presente estudo é representada pelos profissionais que atuam nos seus serviços como organizada e por possuir um bom funcionamento, como relatado nos depoimentos abaixo:

“A estruturação eu acho boa ... a ideia é boa, assim de ter a atenção primária, secundária, terciária [...] Em comparação com a minha eu acho melhor, eu acho que é uma rede mais amadurecida...” (E1MMA2)

“Eu acho que ela é efetiva [...] bem organizada, do que eu vejo de outras regiões. Eu estudei fora, estudei em Juiz de Fora e vejo a diferença, pois lá é menos organizado. Eu achava lá diferente, daqui, assim achava mais confuso [...] aqui a minha

impressão que me passa é que tem um fluxo e que funciona.” (E4MMA2)

“Eu acho que ela é muito bem organizada” (E8MMA2)

“... aqui na nossa região, ela funciona” (E9FEG6)

“Sim eu acho que ela tem um bom funcionamento, né. A ideia de distribuição de ser uma rede ela é bem distribuída, é... eu vejo como parte positiva.” (E10MEG3)

“... é uma rede bem organizada, ela funciona de acordo... é gerenciada pelo SUS Fácil, com o auxílio do SAMU, e temos hospitais de referência, dividido de acordo com a especialidade que cobre né.” (E16MEA1)

“Funciona, na medida do possível, com o Brasil do jeito que é... eu acho que funciona até bem, aqui é muito bem estruturado, ainda mais se for comparar com outras regiões [...] eu acho que ela é bem organizada. Ela é efetiva.” (E23FEA3)

“... bom, a rede de urgência ela é uma rede bem articulada, boa, as divisões são respeitadas, né, essa questão de prioridades, funciona.” (E26FMA1)

“Eu acho que atende bem, porque antigamente era ruim, agora atualmente pelo que eu presencio, aqui em Barbacena. Eu acho que ela trabalha bem, né.” (E27FEA4)

Com base nos discursos dos profissionais participantes, verificou-se que os entendimentos sobre a organização da rede de atenção às urgências na região ampliada de saúde centro sul compreendem-na como uma rede organizada. No entanto, observamos na literatura apontamentos que se opõem a esta situação, como sendo desorganizada. Vale ressaltar que tais estudos foram realizados antes da implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), reforçando que seriam necessárias mudanças na forma de se pensar a estruturação dos serviços de urgência no Brasil.

Pelegrini et al. (2010) e Garlet et al. (2009), apontam que, mesmo com os avanços vivenciados nas últimas décadas, desde a estruturação e a implementação do SUS, a estruturação dos serviços de urgência tem se evidenciado como desorganizada, principalmente, quando considerada a grande demanda por atendimentos. A complexidade dos atendimentos, tanto clínicos quanto traumáticos, estão presentes nesse ambiente, gerando grande desafio

para a gestão desse tipo de serviço. Esse quadro sinaliza a necessidade de um grande número de profissionais e de investimento em melhores condições de trabalho.

Ao se pensar uma rede de atenção à urgência, é essencial compreender todas as situações que envolvem esta realidade, para que, ao se planejar a assistência, tenha-se traçado o perfil de atendimento, a gravidade dos pacientes que serão atendidos, pensando também na retaguarda de leitos para direcionamento dos casos. Dessa forma, deve-se pensar em todo o trajeto terapêutico, do início ao fim, visto que a unidade de urgência deve ser um setor de passagem (JACOBS; MATOS, 2005).

Reis et al. (2017), relata que as Redes de Atenção à Saúde, desde o início de sua formulação, buscam consolidar os preceitos do SUS, por meio da articulação intermunicipal, interestadual e federação. Dessa forma, os componentes da rede conseguem fortalecer o processo decisório tendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instâncias de cogestão, compartilhando, assim, as responsabilidades, partindo de suas próprias necessidades.

Para Santos Neto et al. (2017), mesmo que a regionalização e a organização em redes fossem preceitos fundamentais da Reforma Sanitária e da solidificação das estruturas que compõe as políticas de saúde atuais, ainda assim, sua implementação de fato ainda não aconteceu. No entanto, as representações elaboradas pelos participantes do estudo relacionam os serviços de saúde como organizado estruturalmente, ou seja, possuem elementos definidos para a interface com os serviços atuantes na rede.

A definição de responsabilidades entre os gestores configura um processo de amadurecimento do SUS, fazendo com que a organização, a oferta e a demanda de serviços sejam mais condizentes com as necessidades locais, principalmente em área tão sensível, como na atenção às urgências e às emergências (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Outro elemento incorporado na organização da rede tem provocado resultados favoráveis às necessidades da população. A atuação do comitê gestor de urgência e emergência e a definição clara de fluxos de atendimento

dentro da rede são alguns destes elementos. Os trechos a seguir abordam esses aspectos:

“... hoje esse desenho nosso, assim no papel, até a gente tem o comitê de urgência e emergência que ele é presidido pela figura do estado, que é a regional de saúde e que está envolvida todos os diretores dos hospitais que tem a sua instituição inserida na rede de urgência e emergência” (E5FEG3)

“... antigamente quando se tinha o PA anterior não tinha este fluxograma definido, então depois que teve esta definição ficou muito mais, é como é que eu vou dizer... ficou mais rápido o atendimento e a gente consegue direcionar e ter uma efetividade dos atendimentos [...] foi muito importante para o paciente e para na saúde, por que a gente já sabe, já tem direcionado para onde ir, para onde encaminhar, e isso facilita muito o tratamento, é muito rápido, então foi um sucesso e teve esta ampliação da rede de urgência e emergência, aqui para nós. [...] todo mundo já tem informações para onde direcionar o trauma, o AVC, a parte de criança e gestante vai para outro hospital, então ficou mais definido.” (E12FEA3)

“[...] então, eu acho que hoje tá bem mais organizada do que já foi, mas precisando organizar mais para a gente chegar a um nível de excelência, né? E eu acho assim que o pessoal, eu vejo que de todos os hospitais, de todo mundo tem um grande empenho, mas aí apesar das dificuldades financeiras e políticas, aí eu acho que isso aí que acaba freando um pouquinho. [...] os componentes desta rede e todo mundo quer melhorar muito, quer trabalhar muito, eu vejo muita garra em todo mundo, igual eu falei, apesar das dificuldades, tivemos que partir do zero. Eu acho assim, por eu ter participado e participo até hoje, né muita... eu vejo que muitas das vezes a gente está sendo pioneiro. A gente tá sendo pioneiro aqui nossa região macro centro sul, tá né? Quando começou isso aí fomos alavancando todo mundo, né? Como falou, né?... Brigando para melhorar isso daí, muita das vezes, até a briga mesmo entre um e outro, mas o que resulta nisso é a melhora do serviço e o benefício para a população, né? A gente sempre em prol do melhor atendimento possível, então... temos muito a caminhar ainda.” (E13MMG3)

“A questão da urgência e da emergência na centro sul ela foi pensada em 2013 onde foi feito um grande trabalho, que foi feito um plano diretor para a região, um PAR (Plano de Regionalização da Urgência e Emergência) da região de urgência. E nesse plano foi contemplado todas as instituições incluindo que nós temos o SAMU, que nós temos o SUS [...] elencamos todos os hospitais que existiam, cada micro, a micro de São João, a micro de Lafaiete e... Lafaiete e Congonhas, e a micro de Barbacena. E a partir daí fizemos uma distribuição dos leitos, e foi proposto naquele momento e isso virou uma resolução da CIB em dezembro de 2013 de uma ampliação da rede de urgência e emergência” (E14MMG4)

A experiência vivenciada no processo de reestruturação da rede significou deparar-se com uma realidade que permitiu a formação de gestores motivados e engajados em discutir e fortalecer as relações para o alcance de melhorias estruturais e organizativas, mesmo diante das dificuldades inerentes ao processo de mudança conceitual e estrutural. Tais dados corroboram com o estudo de O'Dwyer et al. (2017) que destaca a relevância da criteriosa e rigorosa normatização estrutural dos serviços de pronto atendimento no país, que priorizaram a adequação dos equipamentos e conforto das instalações. Essa análise é reflexo do comparativo com as unidades anteriormente existentes no país, os prontos-socorros.

A definição de fluxos de atendimentos e direcionamento de pacientes é um dos principais elementos a ser implantado para melhorar a integração das ações nos serviços que prestam assistência de emergência. A ausência do direcionamento dos pacientes, em relação a referência e contrarreferência com a Rede de Atenção Básica, é questão emergencial a ser discutida, pois tal fato contribui para dirimir a resolutividade da rede de atenção e favorecer o congestionamento dos serviços (BELLUCCI JÚNIOR, MATSUDA, MARCON, 2015).

A contínua discussão para o fortalecimento dos fluxos e monitorização das ações deve ser fortalecida. Faria et al. (2017) afirmam que na política, mesmo contemplando diferentes níveis de atenção, a estrutura física da Rede e a capacidade instalada não são suficientes para atender a demanda, sendo necessário contínuo envolvimento de seus integrantes no desenvolvimento de meios e estratégias para sua integração.

As representações sobre a organização da rede de urgência estão relacionadas às mudanças estruturais instituídas nos últimos anos, principalmente devido a participação das instituições da região ampliada nas discussões com vistas a fortalecer os fluxos e o direcionamentos desta rede. Estas mudanças corroboram com a implantação da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde a partir de 2011.

Contudo, podemos perceber que para alguns participantes há uma desarticulação entre o que tem sido delineado nos normativos organizacionais e o que realmente é vivenciado na prática cotidiana. Tal situação demonstra que

os profissionais que realizam atividades assistenciais e, por vezes, alguns gestores, não assumam o papel de sujeito no processo de discussão e elaboração das diretrizes organizativas da rede de atenção. Este aspecto pode ser percebido nas falas abaixo:

“... o que entrava um pouco o funcionamento dessa organização são os municípios, pois em alguns municípios a gente tem um grande problema de lidar com as instituições, os hospitais as Santas Casas dos municípios, mas a organização da rede ela é muito bacana [...] na teoria funciona muito bem! Na prática as vezes a gente tem uns problemas com as instituições dos municípios, mas a gente acaba conseguindo contornar bem.” (E2FMA12)

“Eu acho que ela teoricamente funciona muito bem, muito bem, na prática na regulação existem falhas.” (E6MEG2)

“Então a teoria ela é muito boa, mas na prática ela é bem... bem diferente, porque foi acordado um direcionamento destes pacientes, mas não funciona muito...” (E7FEA2)

“No papel ela é linda, mas na prática ainda tem uma certa dificuldade.” (E8MMA2)

“... bom o que eu vejo assim é que no papel tem-se um plano muito... um plano ideal, mas que não funciona de uma forma tão ideal devido à pouca informação que a população tem. E isso acaba comprometendo o funcionamento da rede. Muitos, muitos pacientes vêm, igual no nosso atendimento aqui que é de urgência mesmo, vêm para o atendimento que seriam no posto de saúde, e eu na maioria das vezes não vejo problema em referenciar, sendo tudo explicado direitinho.” (E18FEA3)

Esta dificuldade em compreender-se como integrante da rede, bem como de seus atos e ações, influencia diretamente no funcionamento dela. A representação objetivada de não ser membro com potencial transformador dentro na tomada de decisões dificulta a articulação e a delimitação de objetivos específicos.

A Política Nacional de Atenção à Urgência previa a implantação dos comitês gestores. Sendo esta, uma estratégia para qualificar a gestão entre diversos integrantes regionais e potencializar a negociação para o enfrentamento de conflitos. A Portaria GM/MS 2072 de 2003 instituiu este espaço de discussões, o comitê, e entre suas atribuições, destacam-se: articular os entes gestores e os executores das ações relativas à atenção às urgências;

avaliar e pactuar as diretrizes e as ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e de gestão do SUS, nos seus vários níveis e analisar sistematicamente os indicadores dos SAMU-192, buscando construir um quadro descritivo detalhado da atenção às urgências a fim de subsidiar ações intersetoriais (Brasil, 2003).

Por outro lado, revelam-se nas falas dos participantes a representação social da dificuldade de prover o funcionamento efetivo e eficaz do serviço ancorada nos elementos superlotação, falta de estrutura física e deficiências na atenção primária, elaborada diante da contradição entre o que “deveria ser” e a realidade que se confronta diariamente:

“Só não funciona melhor por falta de estrutura física mesmo né?.” (E1MMA2)

“... tirando essa dificuldade da superlotação que a gente vive, né, no dia a dia, é bem satisfatória, aqui em Barbacena, é porque sai um pouquinho de Barbacena, começou a ir para as cidades menores, a organização começa a diminuir, acho que proporcionalmente com o nível de... tipo de atendimento de cada cidade [...] preferem continuar empurrando os pacientes ao invés de tentar ter um pesar um... uma certa forma de poupar esta superlotação.” (E3MMA2)

“...as dificuldades são muitas, até por que a gente tem uma carência muito grande dos municípios que aqui são referenciados...” (E5FEG3)

“Eu particularmente eu vejo a rede numa estruturação não adequada. Eu acho que a rede do jeito que ela tá colocada ela confunde o usuário, né quando a gente entra numa sala de classificação de risco de um hospital que só atende três tipos, e o outro atende dois e um especializado, eu acho que nós temos que ter uma porta geral, que faça o atendimento geral, e depois você vai setorizando, e não ele fracionado até antes de chegar, isso gera muito erro de porta.” (E15MMG4)

“... a gente até tenta é trabalhar com essa... essa rede de urgência, mas ainda falta muita coisa, né, apesar de que tem definido os fluxos, definida a atuação da atenção primária, definidos os hospitais que vão receber qual tipo de paciente, né, determinado hospital, mas a gente ainda tem muita deficiência em relação a isso.” (E17MEG5)

“... é de certa forma como aqui é referência eu acho que as vezes é sobrecarrega muito aqui, acho que deveria ter alguns outros, algum outro serviço de urgência e emergência como referência também na região para poder tirar um pouco a carga que acaba

que vem para cá, para Barbacena. Ela é organizada mas também sobrecarregada.” (E26FMA1)

Depreende-se das falas o sentimento de impotência diante da superlotação e, conseqüente, sobrecarga de trabalho, pela dificuldade de superar a questão intrinsecamente complexa por envolver dimensão política, econômica e administrativa. Estudos apontam essa realidade nos serviços de saúde do país (O'DWYER et al., 2017). As portas de entrada são consideradas pontos críticos, pois não conseguem atender todas as demandas da população que deveria, em muitos casos, serem acolhidos pela atenção primária.

A crescente demanda por serviços de urgência e emergência gera a desorganização da própria unidade. A indisponibilidade de recursos, a não efetivação de uma equipe de saúde especializada, assim como a falta de protocolos específicos trazem repercussões negativas (AZEVEDO et al., 2010). Feijó et al. (2015), destaca que é fundamental que se analisem as estruturas dos serviços, sendo importante que se fortaleçam as relações de referência e de contrarreferência pactuadas, assim como responsabilizar os autores destes serviços a fim de corrigir as distorções existentes no sistema.

Mesmo após as mudanças estruturais no modelo de organização do sistema de saúde brasileiro e da formulação de políticas públicas específicas na área das urgências, fortalecendo a importância da regionalização e da hierarquização, estes princípios ainda não são efetivamente compreendidos ou mesmo aplicados (PELEGRINI et al., 2010).

Constata-se, portanto, que nessa categoria o principal ponto de ancoragem é a estrutura organizativa do sistema de atendimento às urgências e emergências. Porém, sua efetivação de forma a atender a legislação específica e o conhecimento reificado acerca de condutas técnicas e gerenciais fica comprometido pela incapacidade que o Estado, assim como as organizações, têm de manter-se fieis à Constituição e a os princípios e diretrizes que regem o SUS.

4.2.2 Representação dos princípios/práticas de regionalização e de hierarquização

Dentre os princípios do SUS, a regionalização e a hierarquização foram destacados neste estudo pois possuem interface direta com a rede de atenção investigada.

Esses princípios organizativos possibilitam a integração entre os diferentes serviços de saúde com níveis de complexidade diferentes, permitindo maior conhecimento dos problemas de saúde de uma área delimitada (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008).

As falas seguintes trazem as representações elaboradas sobre a regionalização do atendimento das urgências:

“...que Minas Gerais é o que está mais a frente, Minas Gerais já está subdividida...” (E2FMA12)

“...essas regionalizações a gente... o estado hoje ele tem o desenho muito claro do que que é... o desenho... quando o estado ele faz a divisão das regiões ele pensa muito na... na questão de perfil de atendimento.” (E5FEG3)

“É difícil heim! [...] eu sei é o estado dividido em macrorregiões para que tente-se resolver tudo dentro daquela macro né! Estabelecer redes e fluxos de atendimento.” (E8MMA2)

“...seria a distribuição dos serviços de saúde em regiões.” (E10MEG3)

“...divide-se por área e a localização mais próxima de atendimento para este paciente, para ser mais rápido este atendimento.” (E12FEA3)

“...cada município tem a sua responsabilidade de tá atendendo determinada demanda, igual a gente tá falando dos postos que tem que atender.” E18FEA3

“Igual no PSF, divisão de área né? Pra não exceder, a área um do outro né, pra não sobrecarregar.” (E19FEA2)

“...você regionaliza, ou seja, você agrupa regiões, onde você vai, é... oferecer aquele grupo de municípios, né, da região um tratamento específico para aqueles pacientes que estão englobados naquela região ali.” (E20MMG4)

“...eu acredito que seja uma maneira de, como é que eu falo, de organizar, para que não sobrecarregue [...] imagina se não fosse regionalizado, se fosse tudo de qualquer lugar viesse para cá, né, eu acho que é uma forma de organizar.” (E23FEA3)

“...seria as divisões das localidades, para poder ter um melhor atendimento e de certa forma evitar um pouco esta sobrecarga.” (E26FMA1)

“...é a centralização de atendimento para evitar que cidades pequenas tenham que ter hospitais, tendo que ter referências para todos os casos, daquela cidade.” (E27FEA4)

O Ministério da Saúde, em 2006, publicou um conjunto de reformas institucionais do SUS, o Pacto pela Saúde, tendo como um dos seus componentes o Pacto de Gestão. Neste a regionalização é destacada como uma diretriz do SUS que tem como finalidade melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Cabe ressaltar, ainda, a relevância de se respeitarem os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos (BRASIL, 2006).

Para Reis et al. (2017), um dos grandes desafios para a efetiva implementação do SUS é a necessidade de se avançar na regionalização, sendo indiscutível o papel que este modelo de atenção representa para o cenário mundial e, principalmente, para o Brasil.

As representações sociais dos participantes apontam que a regionalização está centrada no preceito geográfico de delimitação de área para estabelecimento de fluxos de atenção ou direcionamento das demandas, baseada na prática vivenciada e não nos conceitos técnicos.

Redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para a efetivação da integralidade da atenção, possibilitam o racionamento de investimentos e de recursos e permitem uma melhor articulação entre seus envolvidos. Estas situações não reduzem a procura por serviços de saúde, apenas direcionam o atendimento fortalecendo o sentido de rede (SILVA, 2011; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

Santos e Campos (2015) trazem como conceito de regionalização a aglutinação de territórios com peculiaridades e com necessidades diferenciadas, porém próximos do ponto de vista geográfico. Seu objetivo é formar uma região de saúde capaz de tornar-se resolutiva, efetiva e integral desde a atenção básica

até a elementos de alta complexidade. Dessa forma, promove a integração dos serviços de saúde ora fragmentados e descentralizados. Os gestores das regiões de saúde têm como principal desafio adequar a administração prática de diferentes necessidades baseada em elementos com profundas desigualdades.

Alguns elaboram a RS sobre a regionalização desarticulados do preceito teórico que a define, como nas falas que se seguem:

“Desconheço. Sei que existe. Há uma separação por macrorregiões, mas assim não mais que isso. Não faço ideia.” (E4MMA2)

“Nossa, não sei para te dizer a verdade [...] É um sistema de saúde que tende a realmente descentralização, não sei como acontece em outros estados, é... inclusive acho que acontece de forma diferente.” (E11FMG2)

“Eu sei muito pouco dessa parte burocrática. Eu não vou saber o que te falar.” (E21MMA5)

“...essa aqui você pegou mesmo [...] eu nunca parei para poder ler, estudar sobre isso” (E22MEA2)

“Não sei se é só aqui em Minas Gerais, ou se é no Brasil todo, porque a pergunta fala do sistema de saúde brasileiro, nos outros eu não sei, mas aqui em Minas a gente faz isso né, a urgência ela é separada por macros regiões.” (E24MMA9)

Estudos de Pontes, Oliveira e Gomes (2014) demonstram que, ao analisar e ao comparar a incorporação dos princípios ético-doutrinários e organizativos nas representações sociais do SUS, entre profissionais de saúde, estes incorporaram parcialmente os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro. Tais achados corroboram com as representações aqui descritas.

Ao se argumentar sobre o conceito de regionalização, os participantes do estudo demonstram distanciamento, ou mesmo certo desinteresse, em estudar e em aprofundar discussões sobre o tema, porém trazem representações de que a divisão por regiões acontece, embora não apliquem esta diretriz ao contexto geral de implantação do SUS e sim como uma realidade do estado e da região onde estão inseridos.

Outros profissionais e os gestores dos serviços de urgência e de emergência, ao analisar a regionalização como determinante no direcionamento

dos atendimentos de suas unidades, reforçam a representação de que seja um preceito fundamental para aumentar o acesso aos serviços de saúde.

“Eu acho que a regionalização é uma boa saída, levando o recurso aonde não tem [...] Alguns locais onde a estrutura é pequena eles têm um posto de saúde, basicamente.” (E2FMA12)

“É que ela busca levar para alguns centros, algumas especialidades, ou trazer os pacientes para outros centros...” (E9FEG6)

“...eu acho que é estrutura melhor o atendimento para o estado, criando centros de referência macrorregionais, garantindo um atendimento para aqueles municípios menores né, onde a população tem menos acesso a alguns serviços.” (E16MEA1)

“regionalização ela é para facilitar a atenção [...], por exemplo, um município pequeno com uma população pequena, é com uma movimentação financeira baixa, não tem condição de ter equipamentos sofisticados, de ter grandes equipes, de ter um bom hospital, e quando faz a regionalização a ideia é essa, todo mundo participa da forma com a situação financeira, que ele tem possibilidade, e aí ele tem o direito, ele tem a possibilidade de ter um tratamento definitivo [...] se não vai ficar aquele grande centro com a grande capacidade de atendimento, de resolução só para a população, enquanto que outros pequenos, que realmente não tem condições de montar uma boa estrutura, vão ficar sem o atendimento, e aí não tem o atendimento igualitário para todos, então tem que ter esta regionalização.” (E17MEG5)

“...aquele paciente que tá lá na comunidade longínqua, por exemplo, que ele é detectado com infarto, por exemplo, a rede, né que é composta por SAMU, rede de atenção básica, melhor em casa, enfim, ela já sabe pra onde tem que destinar aquele paciente. Então, ou seja, a regionalização ela facilita por que você tem, vamos dizer polos, né, na verdade que são destinos de cada patologia, de cada comorbidade que o paciente tá sofrendo, de cada processo que ele tá... que ele precisa ser tratado.” (E20MMG4)

“...eu acredito que justamente para reduzir... é... o tempo de atendimento de um paciente que esteja em um local de poucos recursos, e necessite de um lugar, necessite de um local com mais recursos.” (E28MEA3)

Estas falas trazem representações avaliativas de que uma rede de atenção, composta por diferentes integrantes, permite assistir uma dada população, dentro de suas necessidades. Assim, os itinerários podem ser definidos através de fluxos de direcionamentos, de referência e de

contrarreferência. Um dos principais objetivos da regionalização é a territorialização, que possibilita o processo de identificação dos problemas locais e sua resolução, através da definição de objetivos, de metas e de ações conjuntas.

A interlocução entre os vários serviços existentes em um dado território possibilita a discussão de trabalhadores e de usuários, a fim de elaborar e de executar projetos que atendam às necessidades e aos objetivos regionais. Tal situação requer ir além da estruturação da rede física e de regras de acesso e de uso, devendo-se considerar a dinâmica interfaces dos componentes da rede de cuidados. Para tal, é necessária uma gestão compartilhada e um cenário de contínua reflexão do processo de cuidado aliados a um contínuo diálogo entre todos os integrantes da rede (REIS et al., 2017).

Apesar de reconhecerem o princípio organizativo da regionalização como orientação fundamental no fortalecimento da rede, os participantes do estudo abordam a dificuldade de uma efetiva regionalização na prática, como nos fragmentos a seguir:

“A regionalização com os recursos devidamente empregados para as referências, realmente vai favorecer e vai ajudar muito as pequenas regiões em torno desta macrorregião. Só que o recurso é pouco pro tanto de gente que vai ser beneficiado com essa regionalização.” (E3MMA2)

“...tem municípios mesmo muito longe que está a quase 200 km de distância daqui e quando chega aqui, quer dizer, ele tá a 50 de Juiz de Fora, mas a gente não pode encaminhar para Juiz de Fora porque Juiz de Fora não pertence a nossa região, então isso acaba que é um prejuízo.” (E5FEG3)

“Eu acho que é precária né! Vamos dizer, falta mais unidades de atendimento de urgência e emergência e especializadas, aqui na região.” (E10MEG3)

“O decreto é excelente. Eu acho que ele realmente veio para a lacuna que o SUS faltava da lei 8080, só que muito das políticas vem muito de cima para baixo, o ministério resolve fazer uma rede e vai fazendo de uma forma que ele acha, e o estado também, então o que eu penso é que o estado e a união deveriam respeitar as regiões para elas montar seu sistema de urgência e emergência ou todo o seu sistema de saúde, a partir da região e não o contrário. Então hoje eu acho que é um grande problema. O problema é a falta de autonomia da região de saúde pensar como região de saúde. A região de saúde precisa se organizar como região de saúde. Que ela organize a partir dela,

da região, as coisas vão ser mais fáceis [...] deveria ser montado um plano que levasse em consideração a necessidade da região e as vezes isso choca com que o estado exige, o estado preconiza, então pra mim tá faltando aí uma maior autonomia da região para ela se organizar.” (E14MMG4)

“...não funciona do jeito que deveria. Então esta regionalização não funciona do jeito que deveria acontecer. Eu acho que isso aí que poderia tá sendo amarrado, não acontece não.” (E25FEA2)

“...infelizmente sobrecarregada por conta da quantidade de municípios que faz parte da nossa macro e por conta de uma baixa resolutividade dos outros níveis de atenção, que acaba sobrecarregando a rede de urgência e emergência também. [...]. A falha dela, para mim, é justamente a superlotação provocada pelos outros serviços que não estão dando conta, que estão com baixa resolutividade.” (E28MEA3)

Silva (2010), ao analisar o a regionalização da saúde em Minas Gerais, aponta que, mesmo que as diretrizes para efetivação de tal ação tenham sido atendidas e o processo estivesse focado na resolução de problemas de média e de alta complexidade, os problemas básicos ainda não haviam sido sanados. Outro destaque é que, em várias regiões de saúde, há um déficit em serviços de saúde, o que acaba por aumentar a sobrecarga dos serviços existentes, levando então à superlotação das portas de acesso e de unidades de pronto atendimento.

Ressalta-se, nas falas de nossos entrevistados, a necessidade de se pensar a regionalização de forma local, pois tais representações trazem que as políticas instituídas, assim como as decisões tomadas, são realizadas de forma hierarquizada, contrapondo o conceito de regionalização, que traz como princípio a estruturação dos serviços de uma dada região a partir de suas necessidades, e não o inverso.

Almeida et al. (2016), ao estudarem a “Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais” buscaram compreender como os gestores pensavam os aspectos envolvidos na regionalização no estado da Bahia. Foi realizada análise das atas e observação das reuniões de uma Comissão Intergestores Regional (CIR), além de entrevistas. O tema predominante nas pautas da CIR referia-se a questões de urgência e de emergência. Ficou clara a sobreposição de aspectos locais aos

regionais, caracterizando que os preceitos da regionalização não eram efetivos entre os participantes.

Para compreendermos em que estas representações estão ancoradas, citamos estudos de Viana et al (2008), quando discutem que no Brasil, pela diversidade de suas características, é necessário pensar regionalização de diferentes modos, atentando-se às características locais e não apenas a um único modelo, sendo que o próprio processo de regionalização em voga exprime-se pela necessidade de lidar de forma coerente e mais efetiva com a diversidade de lugares existentes.

Ainda dentro desta categoria, os profissionais e os gestores dos serviços de urgência e de emergência representaram a diretriz organizativa do SUS hierarquização. A seguir destacamos alguns fragmentos:

“Eu acho que é válido, desde o momento que uma determinada instituição torna-se referência, ela tem obrigatoriamente a necessidade de ter a estrutura mínima necessária para atender qualquer paciente que for referenciado.” (E3MMA2)

“... hierarquização de atendimento mesmo, de norteio do paciente, porque se não tiver aí é muito fácil a gente encaminhar e o serviço nosso que está estruturado não recebe, eu penso que seja isso, eu penso tá, eu acho que é bom a gente ter isso porque a gente recebe incentivos para que de fato o serviço aconteça numa região [...], eu acho que tem que ter a regra, tanto a regra local como a hierarquização mesmo do atendimento, para onde que este paciente tem que ir aonde que ele tem que ter o serviço com qualidade, né sendo atendido.” (E5FEG3)

“Para cada um saber o que cada um tem que fazer, eu acho que hierarquização é para a gente saber. O problema é que todo mundo quer encaminhar tudo para a alta complexidade.” (E8MMA2)

“...na regulação dos pacientes, porque assim teoricamente precisa ter esta hierarquização para ter uma distribuição melhor.” (E10MEG3)

“Essa hierarquização ela não funciona! Efetiva não! Porque na verdade os pacientes eles são direcionados para a rede de urgência e emergência sem contato prévio, as vezes sem um atendimento efetivo na cidade de origem e muita das vezes eles chegam aqui totalmente mal informados.” (E12FEA3)

“No município eu.... eu não venho do estado, eu sou carioca, lá existia uma conversa entre os diversos setores, aqui não há! Aqui nós funcionamos como ilhas.” (E15MMG4)

“... a hierarquização da saúde ela vai é... nortear, vamos dizer assim, o funcionamento da rede de urgência e emergência nesse aspecto de prestar com uma agilidade, né... e oferecer uma assistência integral e mais rápida ao paciente de acordo com aquilo que tá na região, [...] Então eu acho que o que a hierarquização dos serviços de saúde faz na rede de urgência e emergência é traçar o caminho, vamos dizer assim, é ver para onde esse paciente ele tem que ser destinado, né. [...], as definições dos níveis, na verdade a pessoa estando ciente e estando por dentro da rede de urgência e emergência ela vai saber para onde ela tem que destinar esse paciente. E evitar que este paciente ele perca tempo nesses trâmites, né nesse caminho entre um sistema e outro, entre um nível e outro, vamos dizer” (E20MMG4)

“Ela acaba sendo um norteador, né, nós vamos saber para onde o paciente tem que ir, qual é o fluxo adequado, o tempo resposta, quais que são os que vão estar envolvidos, né, no traslado, desde a porta até a referência, eu acho que a hierarquização possibilita ao gestor organizar os recursos. Se não tivesse ia ser muito difícil.” (E30MMA3)

A Lei Orgânica da Saúde, ao conceber uma política para garantir o direito do cidadão de acesso à saúde, também pensou a organização e a articulação dos elementos que a compõem, por isso temos os princípios doutrinários e organizativos. A hierarquização, como uma forma de pensar e organizar as redes de atenção à saúde, reduz as inequidades de acesso, escalonando os níveis de atenção. Ao representar tal princípio, os participantes do estudo ancoram suas representações no direcionamento do paciente dentro da rede.

Para Quinellato (2009, p. 19), compreender um sistema de rede de atenção hierarquizado compreende “ter um sistema menos problemático e mais organizado; é ter um sistema no qual ocorre uma prevalência da ordem e consequentemente um aumento da eficácia.” O SUS, a partir de sua fundamentação teórica, institui tal diretriz como sendo determinante para seu funcionamento. Além disso, baseia-se em três níveis de atenção: o primário ou básico, interpretado como a porta de entrada da população e responsável por grande resolutividade dos casos; o secundário ou os serviços de média complexidade e o terciário ou serviços de alta complexidade. Dessa forma,

diferentes níveis de densidade tecnológica devem ser aplicados, com o objetivo de reverter o modelo hospitalocêntrico, previamente implantado no Brasil.

O modelo implantado permitiria o trânsito dos pacientes em diferentes níveis de atenção de forma organizada, a fim de alcançar a melhor estratégia de cuidado, porém as dificuldades operacionais da rede de atenção acabam por dificultar tal itinerário. Então, trabalhadores e gestores representam tal diretriz como sendo insuficiente para atender as demandas da população. Isso se dá, pois pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, encontram dificuldades em ser encaminhados para hospitais de alta complexidade, e acabam por chegarem nas unidades de urgência e de emergência (MENDES, 2011).

O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) propõem que a relação entre os diferentes integrantes deva ser de discutir em rede, a fim de integrar, principalmente o paciente ambulatorial às outras possíveis portas de entrada, e dessa forma preparar-se para atendê-lo. Cabe ressaltar que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiências de recursos tecnológicos e sociais. A instituição da rede exige não apenas estrutura organizacional, mas também modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais.

As representações aqui apresentadas corroboram com os estudos de Quinellato (2009), quando este coloca que a hierarquização do SUS possui diversos desafios, principalmente no que tange à consolidação da qualidade assistencial, com destaque para a atenção básica. Outro ponto destacado é a falta de incentivo por parte do governo com o pouco fornecimento de verbas para treinamento e pequena geração de mais postos de trabalho.

As representações corroboram com tais discussões, ancoradas principalmente nos conceitos trazidos pela lei orgânica da saúde, na política da rede de urgência e de emergência e nas práticas cotidianas.

4.2.3 A relação entre os diferentes integrantes da rede

Nesta categoria, trataremos tanto das representações trazidas pelos participantes do estudo quanto da interação entre os diferentes integrantes que compõem a rede de urgência e de emergência. A comunicação é fator determinante entre as relações de trabalho, sua aplicação entre diferentes serviços que se inter-relacionam é imprescindível para o alcance dos resultados, e, principalmente, para a redução de atritos.

O trabalho em rede pressupõe que seus integrantes sejam engajados em ações centradas na reflexividade e na interdisciplinaridade. A comunicação é fundamental para a estruturação, a organização e o planejamento da rede, sendo necessário um ambiente de constante discussão (RIVERA; ARTMANN, 2016).

Outro ponto representado é a influência de aspectos estruturais e organizacionais, para o relacionamento dos integrantes da rede de saúde, conforme as mensagens emitidas a seguir:

“Nossa Senhora! Eu acho difícilíssima, o que eu penso sobre a relação? É uma relação conflituosa [...] as informações não encontram então a gente vê que o paciente é quem sofre [...] eu vejo um pouco do relacionamento, um pouco conturbado. Por mais que a gente tente criar protocolos clínicos para direcionar o trabalho, principalmente médico, a gente vê que ainda é muito difícil. Muito difícil! E assim é muito difícil porque, eu acho que é difícil para eles entender o desenho, que é claro, da rede [...] Que precisa diariamente da gente estar lembrando estes integrantes qual que é o papel deles na rede, isso é uma relação que a gente vê, de muito conflito, porque um acha uma coisa, o outro acha outra coisa, e quem sofre é o paciente, nesta relação.” (E5FEG3)

“...a questão do coleguismo, a gente dribla o sistema para o melhor do paciente, a gente pensa mais no assistencial do que no gerencial, no administrativo. [...] mas toda essa burocracia tem que existir.” (E6MEG2)

“Entre gestores eu acho que funciona muito bem! Né! Então assim como é a relação entre eles? Cada um sabe, mais uma vez, sabe o que é responsável, o que que o município deve fazer, então assim, eu acho que quem administra, tá até bem... é... orientados sobre o que fazer, o problema é quem atua! Tipo o médico que está na porta, o enfermeiro da porta, que falta um pouquinho de preparo para saber o que deve ser feito.” (E8MMA2)

“...nós temos uma pouca comunicação com a básica, com a atenção básica, é, onde na verdade eu acho que a atenção básica ela não comunica a gente, ou ela tem dificuldade de comunicação com a gente, tenho que fazer a meia culpa [...] eu acho que a gente tem uma facilidade de comunicação por exemplo com o SAMU, que eu acho que é o mais organizado de todo este processo de rede de urgência e emergência, é... temos tentado eu acho que fazer uma comunicação melhor entre os hospitais.” (E20MMG4)

“... dentro das referências eu acho que é bem direcionado, mas entre como que fala assim, não sei te explicar... não tem por exemplo uma reunião que reúne todos para poder discutir, sobre o que vais ser feito em cada hospital, eu acho que é um serviço conhecer realmente o que o outro faz, eu acho isso.” (E22MEA2)

“Poderia ser melhor, tem muita falta de... como eu posso te dizer... acontece muita falta de... qual que é a palavra... de comunicação.” (E23FEA3)

“...não há uma comunicação efetiva.” (E25FEA2)

“Considerando a Unidade Hospitalar e as Unidades de atendimento pré-hospitalar, é... existe um... uma integração razoável, não vou te falar que é uma integração muito boa, porque algumas vezes falta comunicação, né, e isso é importante, tanto para um serviço como o outro funcionar bem e atender bem em situações de emergência, é... na macro centro sul, né, pelo experiência que eu tenho ela ainda tem um relacionamento melhor do que nas outras macros, de que eu tenha conhecimento, como por exemplo a macro de Juiz de Fora, até por que esta macro seja a pioneira, mas de certa forma tem uma integração satisfatória. Uma correlação, um feedback positivo, que pode melhorar. Melhorar a comunicação.” (E28MEA3)

O trabalho em rede exige comunicação efetiva. A articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, deve ser interdependente. É necessário romper a fragmentação dos serviços e trabalhar de forma articulada, sendo necessário investimento em espaços de integração dos autores envolvidos.

Ao analisar a visão de gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) sobre a articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), Mendes Von Randow et al. (2011) consideram como elemento importante desta relação as diferentes densidades tecnológicas associadas, formação de recursos humanos, o alcance da integralidade das ações da rede só se faz possível mediante o

reconhecimento da interdependência dos atores e das organizações. Outro ponto em destaque é que, com base nos discursos dos gestores, a análise mostrou que os municípios se encontram em diferentes estágios de estruturação, sendo identificadas acentuadas diferenças em termos de disponibilidade e de uso de recursos materiais e financeiros, além da força de trabalho. Tais situações comprometem a real integração da rede.

A efetivação das políticas de saúde só é possível se seus integrantes, ou autores, exercerem uma comunicação efetiva (ARAUJO, 2009). Diante desta colocação é possível inferir que as representações trazidas condizem com um processo de estruturação de rede ainda em amadurecimento e em construção, sendo inquestionável que melhores formas de comunicação e interação sejam realizadas.

Das falas dos participantes, emergem representações que demonstram a interação e a integração entre os serviços pré-hospitalares de urgência (SAMU) e os pontos fixos, constituídos pelo conjunto de serviços hospitalares ou não que compõem a rede.

“Quando você pensa ideologicamente tudo funciona muito bem, mas quando você vai pensar na prática, aí você fala assim nossa, então eu não sei se relaciona bem. Acho que o... pré-hospitalar na nossa região funciona bem. Mesmo com várias deficiências, mas acho que atende à demanda da população e olha que é um pré-hospitalar que atende uma região muito extensa, né!” (E11FMG2)

“...todo mundo briga pela melhoria, muitas das vezes, né? Alguns com aquela visão só do seu, no que diz respeito ao seu serviço. Outros com uma visão um pouco ampliada. Mas todo mundo, independentemente de estar brigando, de tá conversando, em prol da melhoria da rede em si. Né? Então o que que eu penso dessa relação? Que a relação, mesmo que tenha alguns atritos, é uma relação boa.” (E13MMG3)

“Eu acho que eles se relacionam bem, a relação é legal em alguns aspectos, e ela deveria ser melhorada em outros aspectos. O SAMU é que deveria ser um orientador, ou talvez para atenção básica ele fica só apagando fogo [...]. Agora o relacionamento do SAMU com a porta, eu acho que tem uma relação legal.” (E16MEA1)

“Precisa melhorar. Precisa melhorar. Eu acho que precisa melhorar. Fica meio que separado, a atenção básica que faz uma parte, que vem pra a atenção secundária, que vai para a rede de urgência, que vai para as especialidades, é... isso tinha

que tá mais, tinha que conversar mais, conversar que eu digo assim, tá mais definido, até por que a atenção básica não deu conta vai pra ali, não deu conta foi pra uma especialidade, daquela especialidade tem a reabilitação.”(E17MEG5)

“Eu acho que, pelo menos aqui em Barbacena, é péssima. A gente tem muito embate. Parece que a atenção primária ela é a culpada de tudo, e o que a gente vê é que as vezes não é... a questão não é essa, é que às vezes não dão atenção integral a essa atenção primária, não dão a estrutura correta, a atenção primária fica sem resolatividade, e aí acaba encaminhando muito paciente e aí a atenção secundária acaba não conseguindo resolver, porque vai muita gente sem necessidade pra lá, e aí acaba fazendo aquela coisa de incha a atenção de urgência, e aí essa relação fica ruim. Ela fica penosa, por que quem está ali na urgência começa a reclamar, que o gasto lá está sendo excessivo, a gente sabe que o gasto da atenção, né.” (E24MMA9)

Essa interação também é encontrada nos estudos de Minayo e Deslandes (2008), quando colocam que a articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde mediadas pela central de regulação seja um ponto positivo do trabalho em rede, embora no Rio de Janeiro tais situações sejam opostas, pois há uma discordância em relação à oferta e à procura dos serviços, o que torna tal relação mais conflituosa. Destaca-se que este é um problema estrutural do SUS, sendo necessário maior intervenção, visto que a redução de agravos à saúde se dá pelo pronto atendimento das situações emergenciais e pelo direcionamento dos pacientes aos serviços de retaguarda.

Ao analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das UPAs sobre SAMU, Araújo et al. (2011) colocam como sendo inquestionável a melhoria dos atendimentos com a construção e a validação deste sistema. Em contrapartida, os profissionais que atuam nos pontos fixos ainda vivenciam situações de sobrecarga de trabalho e de processos desarticulados, que aliados ao sucateamento da estrutura física e às dificuldades de referência e de contrarreferência dificultam sua prática cotidiana.

A organização do direcionamento dos pacientes exige dos mecanismos de regulação assistenciais uma interface entre todos os envolvidos na prestação de serviços. As pactuações devem ser discutidas e respeitadas, como mecanismo de definição do melhor modo de se gerenciar a rede como um todo; os objetivos coletivos devem sobrepor os individuais, e, dessa forma, é possível

considerar que as centrais de regulação são espaços privilegiados para a observação do sistema, capazes de ações efetivas que facilitem o acesso aos serviços (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Tais achados correlacionam-se com as representações traçadas pelos participantes deste estudo, mostrando que, mesmo com as modificações nas políticas de saúde e com a instituição da RUE, as dificuldades mantêm-se.

Outro aspecto destacado é a qualificação profissional de quem atua nos serviços de urgência e de emergência. Isso pode ser identificado nas falas a seguir:

“Eu sinto uma falta de uma melhor capacitação para todos. [...] eu acho que se tivesse uma melhor capacitação os hospitais não estariam, eu acho, com está superlotação.” (E6MEG2)

“O fluxo da rede é muito bem estabelecido, né! O pessoal senta... eu acho que divide muito mas falta conhecimento de quem tá na rede né, na rede... assistencial saber o que que é o que e aceitar para receber, eu acho que é isso aí.” (E8MMA2)

“Então precisa qualificar mais a atenção primária, mas também a especializada, que também precisa ser melhor qualificada para que o paciente não fique perdido na rede.” (E14MMG4)

“Ela a meu ver é uma rede bem estruturada, mas que sofre um pouco com o despreparo dos profissionais que estão nas portas.” (E16MEA1)

“Eu tô para te falar que grande parte dos profissionais não conhece a rede. Não tem noção do que deveria ser a rede de urgência. As vezes pensa que a rede de urgência, há é a porta, é o PA. Não, rede de urgência é desde a atenção primária, que faz aquela primeira abordagem, o controle, a vigilância, a prevenção etc, etc... O pessoal não sabe.” (E17MEG5)

“Eu praticamente fui jogada, eu nunca trabalhei nessa questão de atendimento domiciliar. [...] eu vim, acompanhei um dia, uma manhã um médico que estava, é... fazendo o papel do médico da atenção domiciliar, e depois fiquei sozinha. E nós tivemos muitos problemas. Mas estamos melhorando, temos muito que melhorar, nós estamos melhorando.” (E26FMA1)

Estes recortes dos depoimentos demonstram que não há uma efetiva preocupação com o treinamento dos profissionais para compreender e para desenvolver os conceitos que envolvem a rede de atenção. Tal situação

corroborar com estudos de implantação de serviços de urgência e de emergência, pois o potencial humano é fundamental e deve ser trabalhado continuamente.

Diante do crescimento do número e da relevância dos serviços de urgência e de emergência, é necessária uma modificação e uma solidificação dos conhecimentos médicos na área. São desejáveis novos programas de formação profissional que busquem aprimorar os conhecimentos e as tecnologias aplicadas às redes de urgência, fortalecendo, assim, seu funcionamento (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015).

Vieira e Missi (2008) colocam a importância do treinamento das equipes de atendimento, pois tal fato reduz a morbimortalidade dos pacientes atendidos pelos serviços de emergência, assim como diminui o tempo de internação hospitalar e melhora os prognósticos de reabilitação. O trabalho interdisciplinar exige contínuo treinamento de habilidades, pois é necessário o desenvolvimento de uma linguagem universal à prática cotidiana, sendo aquele alcançado com o desenvolvimento de ações educacionais (SIMÕES; DE SOUZA URBANETTO; FIGUEIREDO, 2013).

Para Souza (2015), a formação profissional contemporânea busca apenas elementos técnico-científicos, reforçando os elementos fundamentais para a produção, a construção de mão de obra, não sendo observados elementos políticos e sociais. Ao se trabalhar a formação de profissionais de saúde para o SUS, Batista e Gonçalves (2011) reforçam a necessidade de se aproximar os profissionais de saúde do próprio conceito de cuidar, sendo que o processo de formação deve ser contínuo e dinâmico. As práticas diárias devem ser utilizadas como elemento base para se discutir as ações e melhorar as práticas dos envolvidos no processo assistencial.

Marques (2002) aponta que pensar formação profissional implica compreender todos os elementos envolvidos na prática laboral. As competências devem ser desenvolvidas, possibilitando ao trabalhador participação ativa, consciente e crítica.

Em relação às dificuldades enfrentadas por trabalhadores e por gestores quanto às condições orçamentárias e aos desafios em organizar e em manter os serviços com baixos investimentos e a diminuição contínua de recursos, encontramos os seguintes dizeres:

“...tanto a demanda vem crescendo, os recursos e o pessoal têm que crescer para acompanhar, senão não consegue manter a qualidade de serviço.” (E3MMA2)

“Hoje o nosso desenho graças a Deus que a gente consegue atender aos pacientes a trancos e barrancos. A gente está conseguindo, ne? [...] eles regionalizam mas não investem, então... as vezes eles colocam que aqui que vai ser a região... a região ampliada centro sul vai contemplar esse, esse, e esses serviços e o repasse financeiro para custear realmente ele não tem, então assim é complicado essa questão.” (E5FEG3)

“Desse tempo para cá a gente vem se organizando é com os recursos que tem, pouca coisa daí em relação ao plano de urgência e emergência foi obedecido. [...] ela precisa receber aporte de recursos.” (E14MMG4)

“Olha eu acho que a gente atende muita demanda. Tem problemas com a questão financeira. E a rede de urgência a gente tem muita precariedade em questão de recursos.” (E21MMA5)

“Acaba faltando recursos financeiros, porque a maioria das vezes é o recurso financeiro, e eu acho que às vezes como a regionalização [...]. Eu vejo que eles tentam se ajudar uns aos outros, mas a situação hoje em dia no país todo tá difícil, então acaba prejudicando vários setores.” (E27FEA4)

Tais discursos corroboram com estudos de Miranda, Mendes e Silva (2017), quando colocam que o subfinanciamento do sistema de saúde brasileiro e a crise política exigindo um resgate ao movimento sanitarista vivenciado no passado para que os princípios do SUS sejam implementados e respeitados de forma integral. Coimbra et al. (2017) também apontam que investimento em saúde no Brasil é insuficiente para a demanda, impactando diretamente na oferta do número de leitos de complexidade. Assim, houve aumento significativo da mortalidade associada com a falta de recursos.

Mediante um país continental como o Brasil, é necessário que as políticas públicas sejam pensadas para eliminar ou para minimizar as discrepâncias existentes entre os municípios brasileiros. O que se observa, diante do cenário nacional, é a falta de recursos investidos no SUS; tal situação influencia diretamente no funcionamento dos serviços de saúde (SANTOS NETO et al., 2017).

Diante das representações sociais encontradas no universo de nossos entrevistados, podemos destacar que o impacto da estrutura organizacional tem relação direta com a compreensão dos trabalhadores e dos gestores da rede de atenção às urgências.

4.3 A ATENÇÃO BÁSICA E SUA INTERFACE COM A REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

A atenção primária à saúde, representada pelas Unidades Básicas de Saúde, constitui-se como o primeiro nível de atenção do SUS, devendo este direcionar os casos graves a outros níveis de complexidade, englobando ações de caráter individual e coletivo, baseado nos preceitos de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O acesso aos serviços de saúde são inegavelmente um ponto de discussão nas políticas públicas de saúde, pois interferem diretamente na integralidade do cuidado. A expansão e a estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, aumentou e fortaleceu as ações dos municípios, sendo estes responsáveis pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo, da rede de Atenção Básica. Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação ao acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, socioeconômicos, entre outros) (SOUZA et al., 2007).

De acordo com a declaração da Conferência de Alma-Ata de 1978 sobre Atenção Primária:

Cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e em tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e de famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco

principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Partindo deste conceito fundamental, estudos têm evidenciado que a atenção primária apresenta impacto positivo sobre vários indicadores de saúde, com redução nos gastos, melhora ao acesso aos serviços de saúde e uma melhora na qualidade global da atenção à saúde e às ações preventivas; facilita ainda a detecção precoce de problemas, reduzindo internações hospitalares. Outro impacto observado é a redução de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde (VAN STRALEN et al., 2008).

Nessa categoria, analisamos os saberes elaborados pelos sujeitos sobre o papel que a atenção básica representa na rede de urgência e de emergência. Ratifica-se, assim, a importância de apreender como as pessoas representam a inter-relação desses dois eixos da saúde pública, que estão diretamente ligados, porém não se correlacionam efetivamente como rede de atenção. Destacamos os seguintes fragmentos:

“Justamente evitar a sobrecarga dos outros níveis de saúde. Se a básica é a grande porta, o posto de saúde foi feito para absorver 90% dos casos, mas assim, nem todos os PSFs, eu já trabalhei em PSF, então assim, o que que acontece, o PSF foi feito para ser organizado em grupos, grupos de atenção ao diabético, ao hipertenso, ao obeso, à gestante, à criança, mas você faz isso. [...] a atenção básica, ela, ela tem que evitar que o sujeito chegue na secundária.” (E1MMA2)

“Fundamental. Se a gente tivesse uma atenção básica funcionando corretamente, que não funciona, a gente teria muito menos problema e teria muito menos trabalho e trabalharia com paciente grave que realmente necessita.” (E2FMA12)

“... a atenção básica deveria ser primordial no atendimento de pronto socorro, em qualquer região, onde faria esse, os atendimentos mínimos pra que assim desafogasse um pouco [...] a informação correta para a comunidade e a disponibilidade que muitos postos de saúde você chega lá o plantonista, hoje você vai atender só 10 fichinhas e acabou, se fosse realmente utilizada da forma que deveria e foi proposto, seria um atendimento de excelência aqui no Pronto Socorro atenderia somente, realmente a parte de urgência e não a deficiência

*básica de saúde que a comunidade inteira na macrorregião.”
(E3MMA2)*

Estas reflexões vão ao encontro dos estudos de Starfield (2002), ao se apontar que a atenção básica pode ser considerada a porta de entrada do sistema, primeiro nível da atenção à saúde, sendo capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população.

As representações dos profissionais e dos gestores sobre a atenção básica vão ao encontro dos estudos sobre a satisfação de usuários de unidades básicas, realizados por Paula et al. (2016). Nele, os usuários, sentem-se insatisfeitos com o acesso, com os aspectos relacionados à atenção familiar, dessa forma buscam por outros elementos que compõem sua rede de acesso. Esta situação corrobora com a procura de atendimento em serviços de urgência.

“A atenção básica é muito importante pra gente na urgência, ali você consegue evitar muita coisa, pra minha concepção atenção básica é muito prevenção, não é curativo.” (E4MMA2)

“Nossa Senhora, para mim é o papel assim principal, porque se toda a atenção básica ela fosse feita, as nossas emergências não estariam deste jeito hoje, com a agudização de pacientes.” (E5FEG3)

“...se funcionasse mesmo a teoria na prática absorveríamos menos pacientes.” (E6MEG2)

“Então na teoria é maravilhosa, trabalhar com prevenção, se funcionasse seria perfeito ia diminuir muito a nossa carga, por que a gente vê muito azul e verde aqui, se funcionasse mesmo, nossa seria perfeito, a gente ficaria só com o que realmente é pra gente.” (E7FEA2)

A relação paciente e profissional desempenhada na atenção primária é critério prioritário para que a abordagem nela realizada seja centrada no sujeito e não no processo patológico, assim como a possibilidade de ações educativas voltadas para controle de doenças crônicas. Os profissionais precisam compreender a perspectiva do paciente acerca de sua saúde (SAVASSI, 2010).

A resolução de situações urgentes de menor complexidade deve ser realizada no âmbito da atenção básica. Assim, o direcionamento para os outros componentes da rede de atenção deve ocorrer a fim de garantir o atendimento

adequado ao indivíduo. Desse modo, os problemas de acesso dos usuários e a organização do trabalho em atenção primária contribuem para o aumento da procura por atendimento nos serviços de urgência, aliado a concepção de usuários de que nas emergências hospitalares existem as melhores condições tecnológicas para a resolução de seus problemas de saúde (Pelegriani et al., 2010).

A amplitude das ações ou das atribuições da atenção básica são representadas pelos participantes do estudo, refletindo a interface que tais práticas trazem para os serviços de urgência e de emergência.

“Fundamental, porque muita coisa é da atenção básica, muita coisa na atenção básica é mal feita, e acaba saindo lá na rede de urgência e emergência.” (E8MMA2)

“A atenção básica ela é a mãe para todos os processos, né! Se a atenção básica não funcionar adequadamente nenhum outro serviço de atenção, sendo o de urgência e emergência ou qualquer outro serviço, funciona.” (E9FEG6)

“...hoje em dia, a grande maioria da sobrecarga da urgência e emergência no país de muitos atendimentos, é uma deficiência tanto na parte primária, que não acontece e que sobrecarrega a rede de urgência e de emergência, o paciente não atendido, devidamente na parte primária, ele vai cair na urgência.” (E10MEG3)

“Se você ter uma boa atenção básica você diminui a demanda para o pronto atendimento, e permite que a urgência e emergência receba realmente quem precisa ser recebido, então não sobrecarrega a urgência com problema que não deveria tá ali.” (E11FMG2)

“Eu acho que é um papel primordial. Porque ela é a ordenadora do cuidado. Pela política né, política nacional de atenção básica, nós somos os ordenadores do cuidado. Então eu acho que perpassa muito por uma atenção primária forte atuante e resolutiva, se ela for assim esse impacto ele é direto no hospital, direto, se nós tivermos os equipamentos, os insumos e o treinamento pessoal.” (E15MMG4)

“Olha eu acho que a atenção básica é onde tudo começa. Ela tem que, eu acho que tinha que trabalhar melhor a questão da orientação, de acompanhamento desses pacientes, né?” (E16MEA1)

“Eu acho que representa um papel primordial. A atenção básica, ela quando é atuante, quando ela é proativa e eficaz, você facilita

muito os outros níveis. Você não sobrecarrega os outros.” (E20MMG4)

“Muito importante, porque se a atenção básica fizer o papel que ela tem que fazer teoricamente, ali bonitinho igual o SUS... não ia sobrecarregar tanto a urgência e a emergência, porque não funcionando vai sobrecarregar, e é o que a gente vê que acontece né, e muito, muito.” (E23FEA3)

“É um papel importantíssimo, porque a atenção básica vai orientar a população...” (E25FEA2)

“Se a atenção básica não funcionar, os pacientes vão todos para a urgência e emergência. Então eu acho que a atenção básica ela precisa ter noção de que ela tem que fazer o serviço dela...” (E27FEA4)

Ah... a atenção básica tem um papel fundamental. É o grande X da grande questão. Desde que foi montada a atenção básica e o programa e depois a estratégia de saúde da família é que eles não conseguiram, até o momento, contornar a situação da medicina medicamentosa e assistencialista para a medicina preventiva. [...] Dentro da rede de urgência e emergência é que ela tem um papel fundamental, porque se ela conseguir reduzir o número de pacientes que ela encaminha para o serviço de urgência e emergência, ela vai estar favorecendo tanto o fortalecimento da própria atenção básica quanto diminuindo a quantidade de pacientes que frequentam o serviço de porta de urgência e emergência, e com isso aumentando a qualidade da assistência e satisfação do cliente.” (E28MEA3)

“Eu acho que a atenção básica ela seria o carro chefe da urgência e emergência, apesar de poder parecer paradoxal, né? Mas o paciente se ele tivesse uma atenção básica adequada ele teria muito menos complicação de doenças e comorbidades. Procuraria muito menos o serviço de urgência e emergência. Eu acho que é cultural isso, não é? Cultural essa questão hospitalar. Não se faz prevenção e promoção em saúde.” (E30MMA3)

As representações elaboradas sobre a atenção básica reforçam seu papel estrutural dentro da RUE, sendo destacado como primordial para o bom funcionamento desta.

Ao tecer as representações sociais de profissionais de saúde do PSF da cidade de Natal, Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) concluíram que o sentido de cuidar destes profissionais estava relacionado eminentemente a aspectos biomédicos e técnico-científicos, embora aspectos como o acolhimento, a humanização e a responsabilidade foram apresentados como elementos

modificadores dessa concepção. O cuidado construído pelos sujeitos foi entendido como sendo fragmentado, situação esta destoante dos fundamentos da política que institui o ESF.

Os participantes representaram, como a principal dificuldade da atenção básica em desenvolver sua prática, a não resolutividade. Observa-se esse aspecto nos trechos a seguir.

“A população também não adere. Então a gente não sabe se é falta de conhecimento, ou se é a falta de crédito à atenção básica, né! Que as vezes por não resolver nada eles ficam nessa visão. Ah! Aquela atenção básica lá não resolve nada, pra que que eu vou lá, né? [...] tenho certeza que hoje o papel da atenção básica é primordial, né! Se ela fosse tratada com o devido reconhecimento.” (E5FEG3)

“Não funciona! Falta mais comprometimento, também vive trocando a equipe, então na hora que você está pegando o ritmo troca tudo, troca a gestão, troca tudo, então se você não tiver um comprometimento maior, você não consegue fazer um bom trabalho, se você não envolver a comunidade.” (E7FEA2)

“A atenção básica peca na falta de assistência prestada àquele paciente com quadros e casos que poderiam ser resolvidos na própria atenção básica. O fardo mais pesado fica com a rede de urgência e emergência.” (E9FEG6)

“Se a atenção básica não for bem feita, se eu não tratar uma hipertensão e o diabético bem tratado, o paciente vai ter um infarto, vai ter um AVC, que vai ter umas doenças mais graves, indo pra urgência.” (E13MMG3)

“Não sei se por falta de estrutura, né? Por exemplo os postos de saúde têm muitas reclamações. Igual eu fico na triagem e o povo reclama muito que não tem material para curativo, que um ortopedista numa lombalgia que o paciente já tem a 6 meses leva mais um ano, para poder conseguir uma consulta com o ortopedista, e outras especialidades. Falta resolutividade... não tem nenhuma, no meu ponto de vista.” (E22MEA2)

“Nossa cultura já tá imbuída que o médico do PSF, da atenção primária, é um médico que não tem conhecimento. Diferente de outros países como na Inglaterra ou em Portugal. Então eu acho que esse é o problema.” (E30MMA3)

A resolutividade dos serviços de saúde está diretamente relacionada às relações estabelecidas entre os usuários do sistema de saúde e os profissionais, permeando a satisfação de suas necessidades. Santos e Penna (2015)

demonstraram em seus estudos que o usuário tem uma tendência ao imediatismo, quer resolver o problema em uma consulta, ou com uma solicitação de exames, sendo determinante para tal o vínculo criado neste relacionamento, caminho este fundamental para o sucesso terapêutico.

A não resolutividade atribuída aos serviços de atenção básica, aliada ao envelhecimento populacional, à violência urbana, entre outros, acarreta em uma busca contínua pelos serviços hospitalares de pronto atendimento, pois nele a população tem a certeza do atendimento, mesmo que por vezes a relação de resolutividade seja comprometida principalmente por não gerar um vínculo efetivo ou mesmo duradouro (COSTA et al., 2014).

Para Costa et al. (2014, p. 741), “a resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis.” Para que tal prática seja completa, é necessária formação de vínculos interpessoais, fortalecimento e empoderamento da atenção básica para o correto direcionamento dos pacientes para outros níveis de complexidade, com o objetivo de reduzir a fragmentação e a divisão técnica do trabalho.

Os trechos abaixo representam a necessidade de continuidade do atendimento e maior resolutividade da atenção básica e como tal fato traz consequência para os serviços de saúde da rede de urgência e de emergência:

“Na saúde básica, não mudar a alimentação, não tratar a dislipidemia, não tratar a síndrome plurimetabólica, este paciente ele vai infartar, vai fazer AVC, vai sobrecarregar o hospital, vai... como é que fala... inflar o hospital mesmo.” (E1MMA2)

“... a atenção primária, eu acho que não funciona muito bem. O que é mais baixa complexidade que a gente eles mantêm, complicou um pouquinho eles jogam direto para a urgência.” (E4MMA2)

“Uma atenção básica estruturada, adequada, ela, ela assim, nossa, ela reduz com muito... bem... bem... significativa os dados dessas agudizações dos pacientes né!” (E5FEG3)

“Na verdade, a atenção básica ela, se ela pudesse ser mais resolutiva, e ela deveria ser mais resolutiva, ela diminuiria né a procura pela urgência [...] Então este desenho que a gente fez da região favorece este tipo de coisa, a atenção primária precisa qualificar mais, a gente tá agora na atenção primária, por

exemplo com ultrassom, para diagnóstico, importante, para que alguns diagnósticos rápidos saiam rápido na atenção primária [...]. Urgência não é para atender aquele que sobrou da atenção primária, isso não é urgência, a urgência é para atender casos que são de urgência. A atenção primária e a especializada é que precisam atender aquilo que não é urgência, aquilo que é o... aquilo que é rotina, aquilo que é o promoção, o essa... então na verdade o problema da urgência é que ela não pode ocupar o papel da atenção primária, isso ela não pode, ela não dá conta disso, se não ela mata, as pessoas morrem, e quem precisa de urgência. A articulação da atenção primária com a secundária de maneira que ele fique com 85% dos pacientes e chegue só 15% na urgência.” (E14MMG4)

Chiavegato Filho (2017) aborda que as relações de trabalho na atenção básica, principalmente do profissional médico, estão relacionadas a processos que lhes tiram a autonomia em gerir suas próprias ações. Com isso, há cada vez mais um distanciamento destes profissionais com o real sentido do pretendido pela Lei Orgânica de Saúde, que buscava uma integração de todos os profissionais com a comunidade em que estão inseridos.

Estas colocações reforçam ainda mais o conceito de urgência e de promoção à saúde pois demonstram a necessidade de complementariedade do sistema de saúde em rede, na qual os elementos se articulam.

Uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou com a equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde (Brasil, 2010, p. 21)

A estruturação de redes de atenção às urgências possibilita a redução da morbimortalidade associada às condições que requerem atendimento imediato, assim como determina os caminhos a serem percorridos pelos pacientes em seus itinerários terapêuticos. Tal processo envolve a coordenação de diferentes tipos de serviços de saúde que devem possuir alto grau de interdependência (MACHADO et al., 2015).

“Então eu acho que a assistência primária, a atenção básica, o nível primário na verdade, deveria ter uma atenção primordial, na questão assim, de ter mais facilidade, na questão de disponibilidade de exames, na questão de ser mais resolutiva, na questão de ser mais proativa, até mesmo para que quem trabalha nesses setores saber o que ele pode resolver e aquilo que ele não pode resolver. Agora é importante também que a base também tenha informação daquilo que ela é capaz de resolver e daquilo que ela não é capaz de resolver. Então assim, falta um pouco de cada coisa.” (E20MMG4)

“Se a gente não fortalecer a atenção primária, não der subsídios para a atenção primária funcionar direito, não der suprimentos básicos para que a atenção primária funcione, se a gente não fortalecer quem trabalha na atenção primária, né, dar maior autonomia, para a gente não colocar profissionais que entendam só sobre o funcionamento de uma atenção primária, se não fortalecer a medicina de família e comunidade, na atenção primária, porque as vezes coloca médico recém-formados que só estão de passagem para uma outra, para fazer uma outra residência, que não tem nenhum vínculo com aquilo que ele tá, então ele não tem ainda realmente vontade de fazer uma... de resolver os problemas daquela população, a rede não vai funcionar, que é o que a gente tá falando, e aí a atenção... a relação da urgência fica muito prejudicada.” (E24MMA9)

“O problema da falta de resolutividade da atenção primária é culpa também do paciente, porque ele acha que um exame complementar é essencial. Ele acha, não... um hemograma, um exame de sangue, e o exame não vai mostrar o que ele tem né. Falta essa cultura, cultura mesmo geral. Eu acho que a gente poderia começar isso nas escolas, com as crianças, que o exame complementar não é o mais importante, né, que é o exame físico mais importante, a anamnese é mais importante, e que vai descobrir uma coisa que o exame complementar não vai descobrir né, pelo fato de as situações emergenciais, urgências, não terem resolutividade lá. Tudo bem, aí eu acho que a população vai acostumando com isso, né, população vai acostumando, pô, se eu for lá não vai te uma tomografia. Uma tomografia vai ser importante para um AVC, mas para o meu caso não vai ser importante. Eu acho que isso aí cara influencia muito, eu acho que influencia.” (E30MMA3).

No estudo intitulado “Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços”, Costa et al. (2014) apontam que os trabalhadores da atenção primária conhecem as redes de saúde, embora demonstrem dificuldades para articular seu trabalho com outros níveis de atenção.

Nos estudos de Lima, Leite e Caldeira (2015), ao se pesquisar a percepção de médicos em serviços de urgência sobre as Redes de Atenção à Saúde, ressalta-se que o serviço de urgência é tido como um ambiente que oferta vários recursos: exame clínico, laboratorial e de alto custo, possibilitando uma assistência mais completa. Dessa forma, a assistência constituída em redes significa fundamentar-se nos preceitos do direcionamento do paciente às especialidades médicas e na utilização de tecnologias para o diagnóstico. Partindo deste pressuposto, compreende-se que a representação da baixa resolutividade da atenção básica tem para estes sujeitos.

Para Miranda, Mendes e Silva (2017), desde a implantação do SUS, os desafios para consolidação de seus preceitos vêm sendo enfrentados cotidianamente, sendo que os fundamentos do Movimento Sanitário Brasileiro devam ser resgatados. As crises econômicas enfrentadas pelo país impedem o investimento adequado no sistema de saúde, onerando as instituições que prestam atendimento, aliadas ao aumento significativo dos gastos. Este conjunto de fatos corrobora com a fragilidade dos serviços em satisfazer as necessidades da população e fortalece o próprio conceito de rede de saúde, sendo esta a melhor forma de enfrentamento do subfinanciamento do sistema de saúde.

As representações traçadas sobre a atenção primária à saúde como elemento da rede de urgência e de emergência demonstram sua importância para a organização da rede de urgência - fortalecer a comunicação entre os elementos e integrar a população na tomada de decisões parece um ponto fundamental para solidificação desta relação.

4.4 O SENTIDO DE TRABALHAR NA REDE DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

O ambiente de trabalho em saúde configura-se pela complexidade e pela diversidade de sua tessitura, gerando fenômenos relacionais que interferem no processo de trabalho e, assim, modificam resultados e orientam atitudes tanto na esfera coletiva quanto individual. A articulação e a interação entre os sujeitos, indispensável e obrigatória, torna esse contexto rico em sentidos, significados e

representações, já que dinamicamente a realidade é (re)apropriada, (re)significada e (re)construída por atores sociais que compartilham valores, história, crenças, culturas e saberes.

As dificuldades colocadas na prática de trabalho estão representadas nas falas a seguir:

“...eu gosto muito dessa questão da urgência, da emergência [...] é um desgaste de plantão, né? Então, assim, é um desgaste de atendimento, com atendimentos pesados, acho que o reconhecimento financeiro é pouco.” (E5FEG3)

“E trabalhando com urgência e emergência é estressante por isso, mas é o que mexe muito com nosso emocional, e não sabemos, muita das vezes o que está vindo né. A gente sabe o que está aqui agora! Vamos tratar! Bora, bora, bora... vamos disseminar, vamos dar um desfecho.” (E6MEG2)

“Como APS é frustrante, tá? Por quê? Justamente pela falta de insumos, coisas que eu sei fazer, coisas que eu posso fazer, eu não consigo fazer porque eu não tenho a tecnologia disponível para fazer, tá, coisas que a gente poderia fazer. [...] então, me frustra um pouco de não ser mais resolutivo pra cá. De ter... de não ter autonomia para resolver casos simples, que deveriam ser resolvidos lá e eu ter que encaminhar casos simples para a rede de urgência e de emergência.” (E15MMG4)

“Bom, é uma pena que a gente não consiga fazer ela funcionar no jeito que deveria, né? É bom! A gente tenta fazer a parte da gente. Sei que não consigo fazer o que deveria fazer né, a gente que tá numa coordenação, o pessoal do SAMU deveria estar muito melhor do que está hoje, não é que eu esteja sendo pessimista, eu tô sendo realista, eu acho que deveria estar muito melhor do que está hoje...” (E17MEG5)

“...hoje infelizmente eu acho que meu trabalho é... ele é muito pequeno.” (E20MMG4)

“Muita demanda, você tem que olhar muita gente, olhar rápido, recebe pouco, aí o que que acontece, o que que os médicos estão fazendo, atendem rápido porque têm que voltar para o outro emprego, e aí é isso que tá acontecendo, falta recurso, e equipe preparada.” (E21MMA5)

“É um pouco estressante só (Risos). É um pouco estressante por que as vezes você quer resolver o serviço de todos e não consegue.” (E27FEA4)

Na rede de urgência e de emergência, a prática interativa do cotidiano laboral imposta aos profissionais faz com a interpretação cognitiva desse

universo esteja simbolizada, no presente estudo, como um setor de trabalho confuso e complicado. Surge ainda que seja apenas um setor de passagem. Constrói-se, portanto, a representação de um processo de trabalho vinculado iconicamente ao desgaste e ao estresse físico e psíquico, enraizando sentimentos negativos e de impotência em seus atores.

As relações de trabalho estão envoltas em aplicação de tecnologias, sendo dinâmicas e mutáveis. Na área de saúde, em especial, a aplicação tecnológica distanciou o profissional do elemento base de sua ação - o indivíduo - trazendo cada vez mais o aspecto tecnológico à tona. O que visualizamos atualmente é uma reaproximação do profissional com o ser cuidado, e, assim, as transformações na esfera do trabalho em saúde tornam-se paradigmas a serem reconstruídos, buscando essa aproximação (FARIA e ARAÚJO, 2010).

O trabalho é dimensão da vida humana geradora de representações sociais. Enquanto objeto social, permite aos grupos sociais construir significações ao, incorporarem experiências oriundas das interações, comunicação e transferência de saberes. E nessa perspectiva, o trabalho para os atores participantes está ancorado no elemento subsistência, prazer e satisfação pessoal. Há, portanto, percepções positivas e negativas do trabalho no serviço de urgência e emergência.

Compreender e identificar fatores geradores de prazer e de sofrimento em trabalhadores de serviços de urgência e de emergência é determinante para oportunizar mudanças, e, assim, ofertar maior qualidade ao serviço e evitar desgastes e sofrimentos. As características dos setores de urgência e de emergência, como a superlotação, o ritmo acelerado e a sobrecarga de trabalho, modificam a rotina de trabalho dos integrantes do setor, influenciando, assim, em suas percepções (Kolhs et al., 2017).

Entre os discursos, é possível identificar que os profissionais que atuam na gestão têm tido maiores desafios no dia a dia, gerando inquietações em relação às ações que desenvolvem, porém eles mostram-se satisfeitos com as práticas que desenvolvem.

A prática laborativa para os atores sociais no cenário específico também está ancorada na solidariedade, gerando a representação social de que a

atividade desenvolvida é promotora do bem ao próximo e satisfação pessoal, como verificado nas falas abaixo:

“Ah eu adoro urgência e emergência [...] Você poder trabalhar, ajudar uma pessoa que depende de outra entendeu?! Eu acho isso muito legal, eu acho bonito né?! Entendeu?! Porque o paciente grave, principalmente na sala vermelha, depende de todos os profissionais que estão ali, muita gente por ele, já levantava e resolvia o problema, mas não é assim... tem que gostar [...] eu acho que é isso, urgência e emergência você tem que gostar pra fazer, e eu gosto, tanto é que eu trabalho nos dois viés; dois não, são três, que é a origem, o transporte e o destino.” (E1MMA2)

“...ajudar pessoas, a gente sempre tem em mente isso, pode parecer até um pouco clichê, ah me formei pra ajudar e tal, mas realmente uma pessoa que não consegue visualizar o benefício que ele tá propondo no seu trabalho, ele não consegue enfrentar tamanho estresse [...]. É uma realização pessoal, é uma satisfação pessoal! Além de realmente promover um bom atendimento e uma melhora da qualidade de atendimento de urgência, procuro me especializar, procuro estar cada vez mais atualizado.” (E3MMA2)

“... é muito gratificante, também dentro da profissão que escolhi que é ser enfermeiro, então eu gosto muito, e significa prestar uma ajuda à população, a... seria uma ajuda mesmo, uma contribuição para a sociedade, para se ter uma melhora nessa saúde pública nesse atendimento mesmo e na... urgência vamos dizer assim... que é o maior acometimento. Quando a gente fala de urgência a gente fala de um acometimento súbito ao paciente, então isso para mim é muito gratificante. É uma coisa que me transmite satisfação.” (E10MEG3)

“Então, é... significa que é muito bom, sabe, apesar dos problemas todos é sempre muito gratificante, né você poder ajudar, e, assim como a gente fica muito na triagem, e como tem esse tanto de atendimento, a gente acaba sendo um pouco é... mais ouvinte, porque vai os pais, vai todo mundo e começam a falar né, que não tem médico, que não tem... então você acaba escutando muito, né conversando muito. E não sei, a gente trabalha muito a questão da humanidade, eu acho que já começa lá, né, ser humano na triagem.” (E29FEA3)

As representações elaboradas permeiam a satisfação de se atuar em serviços de urgência e emergência, pois nestas situações as respostas são tidas como imediatas e os resultados são percebidos por todos os envolvidos no

processo. A satisfação pessoal emerge como sendo um dos principais sentimentos destes indivíduos.

Kolhs et al. (2017) evidenciaram, em seus estudos, que a satisfação e o prazer de profissionais que atuam em serviços de urgência estão muito relacionados ao fato de sentirem-se úteis, assim como ao fato de seus atos poderem proporcionar a melhora do paciente e salvar vidas, causando orgulho na equipe de profissionais.

Muitos dos entrevistados reportaram que a capacidade resolutiva dos serviços de urgência e de emergência são os principais elementos da prática que os impulsiona a permanecer nestes serviços. Em destaque os fragmentos abaixo:

“...para mim é maravilhoso! Trabalhar na rede de urgência e emergência, a gente trabalha com efetividade, com resolução, a gente tem todo, a gente consegue, ai meu Deus... a gente consegue ter um resultado importante, rápido e ágil, né sobre os nossos pacientes e isso é emocionante, para quem trabalha na saúde é gratificante, é ótimo.” (E12FEA3)

“... você vê o resultado daquilo ali, até uma coisa que a urgência e emergência é que você vê o resultado na hora. Você vê o paciente muito ruim que às vezes você conseguiu estabilizar e melhorar um pouquinho, coisa que às vezes que até a gente tava falando um pouquinho da atenção básica, é um pouco monótono, porque as vezes você não vê que você fez a diferença, você pode estar salvando a vida daquela pessoa tratando a hipertensão, mas você não vai ver.” (E13MMG3)

“...é local de gente que tem que ter uma proatividade, de tomar decisões muito rápidas para salvar vidas, e aí tem o perfil de pessoas que trabalham em urgência e em emergência, há pessoas que não têm perfil para isso, que não gostam disso, que não dão conta disso.” (E14MMG4)

Compreender as necessidades dos pacientes que estão sendo atendidos, permite ao profissional maior resolutividade, mesmo diante das dificuldades enfrentadas pela falta de estrutura e sucateamento dos serviços públicos de saúde. As representações sociais de efetividade, proatividade e satisfação tornam-se evidentes.

O olhar lançado na prática cotidiana possibilita tecer representações embasadas nas expectativas de satisfação do trabalhador em executar práticas de relevância ao usuário, possibilitando-lhe maior valorização, prazer e

satisfação. Esses achados foram achados nos estudos de Dal PaL e Lautert (2008).

Da mesma forma, o dinamismo dos serviços de urgência e de emergência, os ideais de rede e de equipe aparecem como destaque nos fragmentos abaixo:

“Eu gosto muito, é um prazer enorme poder compor esta rede de urgência e de emergência, eu acho que às vezes a gente se estressa bastante no dia a dia, né [...] a gente poder contribuir de alguma forma para o serviço, até para o próprio paciente, mesmo, para que as coisas caminhem bem.” (E16MEA1)

“Ah... eu gosto, desta doideira de entrar e sair, essa adrenalina [...] não é aquela rotina da clínica, é diferenciado, é um cuidado diferenciado, é uma atenção diferenciada, não tem aquela rotina, assim, é diferente todo dia, pra mim é isso, é adrenalina.” (E19FEA2)

“...é destinar o paciente que pode ir para um hospital de menor porte, para outra cidade, é agilizar o paciente que pode internar no CTI que tem uma vaga no CTI e que pode liberar a vaga mais rapidamente, é determinar aquele paciente que pode ter alta e tem que ir para a atenção básica para terminar o seu tratamento na atenção básica. [...] fico feliz e satisfeito em pelo menos entender um pouquinho dessa regionalização, dessa questão de... da macro centro sul, até mesmo para dar um norte à equipe que está trabalhando comigo, até mesmo para discutir alguns aspectos em reuniões com autoridades, para pelo menos ajudar na formação destes fluxos, na construção de melhorias para a rede. [...] eu acho que é facilitar o acesso da população, para quem procura a rede, independente se ela está lá ou aqui, é ser um facilitador para a população de ter uma assistência de uma forma rápida e com qualidade aonde quer que seja, seja no regional, ou que seja melhor em outro lugar, sei lá... hoje eu funciono como um facilitador.” (E20MMG4)

“Pô, eu sou emergencista... (risos). Eu trabalho já há quase nove anos em urgência e emergência, gosto muito, para mim eu acho que é onde eu posso ajudar várias pessoa, né, sem conhecer ninguém [...] eu sou apaixonado com a emergência, isso aí... eu já tive chance de sair, mas eu não saio. Não consigo. Isso aqui é gratificante, né trabalhar. É muito pesado o serviço, é muito estressante, é muita cobrança de [...] você tem que ser ágil, é muita cobrança por conta do paciente, do acompanhante, da equipe, né, do quadro do paciente que muitas das vezes não pode ficar esperando, então assim é muito cansativo, é estressante, mas é muito bom. Eu gosto.” (E22MEA2)

“Ah, eu acho que significa desafio [...] pela falta às vezes de estrutura, de tudo que o profissional, seja enfermeiro, seja médico, seja técnico de enfermagem que esteja na urgência e emergência precisa para fazer um bom atendimento, a gente

sabe, tá vendo aí as notícias de que as vezes a urgência e a emergência não funciona.” (E24MMA9)

“Ah eu... eu... é o que eu amo né. É o que eu gosto. É o que eu faço com amor, não me vejo fazendo outra coisa, apesar de ser mais estressante, menos remunerável, é... os problemas são novos todos os dias, eu sou fascinado, eu amo, espero que o Brasil mude, com a medicina de emergência, especialidade. Mas é muito bom. É muito bom, porque a gente vê o resultado imediato né, a gente vê... poder ajudar ali, cara, uma pessoa que se tivesse aquele atendimento que é essencial, os primeiros minutos dele, a primeira hora dele, é essencial. O que a gente faz aqui é bonito, é muito legal, gosto muito mesmo. Aqui foi muito bom cara.” (E30MMA3)

É oportuno destacar que, mesmo diante de tantas considerações positivas em relação ao sentido de trabalhar na rede de urgência e de emergência, pontos como remuneração e não reconhecimento da medicina de emergência como uma especialidade médica geram o sentimento de descontentamento. Entretanto, impulsionam estes profissionais a desenvolverem melhores práticas de trabalho.

Souza e Miranda (2017) apontam que o setor de emergência é grande responsável por gerar estresse nos profissionais que nele atuam. A imprevisibilidade dos acontecimentos, a sobrecarga de trabalho e o alto fluxo de atendimentos destacam-se como sendo elementos determinantes para a qualidade de trabalho da equipe, exigindo capacidade técnico-científica, competências organizativas e tomada de decisão.

Ao avaliar a motivação da equipe de enfermagem de um hospital público de Rondônia, Magalhães e Rosa (2017), consideram que ao integrar e discutir aspectos envolvidos na organização o profissional sente-se mais motivado, tornando o ambiente mais humanizado e com maior vinculação. O bom relacionamento interpessoal proporciona maior engajamento com a instituição.

A inadequada estrutura física dos serviços de saúde, aliada a escassez de materiais, elevada demanda de atendimentos, carga horária de trabalho excessiva, são fatores que causam mais descontentamento do que a própria remuneração aos profissionais de saúde (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

O trabalho na rede de urgência e emergência é representado pelos sujeitos deste estudo como sendo responsável por grande satisfação pessoal, pois mesmo que as dificuldades existam elas são minimizadas frente as práticas executadas, mostrando desta forma sua satisfação em participar desta rede de atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e execução da Rede de Urgência e Emergência (RUE), assim como a legitimação e consolidação do Sistema Único de Saúde, são práticas sociais que por si só suscitam em seus atores controvérsias e inquietações. Sendo assim, constitui um cenário de elaboração e reelaboração de representações sociais. Violência urbana, agudização de problemas crônicos, doenças cardiovasculares e situações emergenciais, sejam elas clínicas ou traumáticas, são desafios para o sistema de saúde vigente no Brasil. E trabalhar em forma de rede tem se revelado estratégia com potencial para redução da morbimortalidade, atendimento as reais demandas de saúde da população, redução de custos e, principalmente, consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Entendemos que as representações elaboradas por gestores e trabalhadores sobre a rede de atenção às urgências, pode direcionar o entendimento no que diz respeito as estratégias de enfrentamento das dificuldades cotidianas frequentemente vivenciadas nos serviços que compõe esta rede de atenção. Dessa forma, poderá contribuir para reestruturação e organização dos serviços de atenção à saúde no sentido de que estes superem, ou ao menos minimizem, as diversas vulnerabilidades a que estão expostos pacientes e profissionais.

Compreender a construção de uma rede de atenção à saúde, em sua totalidade, significa estabelecer um mecanismo de compreensão e adaptação das políticas públicas instituídas a uma dada realidade regional. E, ao utilizar as potencialidades dos componentes desta rede, em um ambiente de argumentação e discussão, permite a formulação de estratégias para o seu desenvolvimento e qualificação, modificando a história individual e coletiva dos envolvidos neste processo.

Nas representações emergidas no presente estudo, pôde-se identificar a presença de elementos e conceitos positivos que sustentam a compreensão da complexidade que envolve a gestão da RUE. A ideia de rede organizada está fortemente significada entre os atores da pesquisa, gerando em seu universo

simbólico subsídios para articular estratégias e ações, bem como buscar embasamento técnico-normativo, que mantenham e/ou melhorem a estrutura e os processos gerenciais.

Entretanto, surgem também representações ancoradas em aspectos que dualizam com a ideia de organização, tais como subfinanciamento, falta de estrutura física e treinamento para os profissionais. Representam, portanto, situações vivenciadas pelo serviço que comprometem sua estrutura operacional e, conseqüentemente, o bom funcionamento e organização da rede. Sendo assim, as representações analisadas apontam que, apesar de haver a disseminação do conhecimento técnico-científico referente a organização dos serviços de saúde, na prática elas conflitam com um contexto assinalado por descompassos, fragmentação e iniquidades, havendo também o desconhecimento de conceitos teóricos que fundamentam a prática, desta forma aparecem como sendo práticas instituídas.

Um dos fatores significado como dificultador para promover a adequada articulação entre os componentes dos serviços que compõe a rede de urgência e emergência é a comunicação, principalmente entre a atenção básica e as instituições hospitalares e entre estas e a central de regulação. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é percebido pelo grupo social como unidade de atenção à saúde importante na articulação e integração entre os serviços, sendo representado como elo entre os diferentes integrantes e o grande responsável pela criação e estabilização de fluxos de atendimentos.

Ao lançar luz sobre os princípios da regionalização e da hierarquização do SUS, as representações sociais desvendaram significados distantes do universo reificado. Os participantes demonstraram dificuldade em falar sobre a temática, ancorando suas falas em aspectos geográficos e no referenciamento de pacientes na rede de atenção no que se refere a regionalização e a hierarquização respectivamente.

Nos depoimentos, a atenção básica é representada como pilar do sistema de saúde e correlacionada ao adequado funcionamento da RUE, sendo, portanto, valorizado seu papel na composição da rede de atenção à saúde. Ao mesmo tempo, os participantes relatam a falta de resolutividade da atenção básica, agravada pelo elevado turnover que impede o estabelecimento de

vínculo e a responsabilização dos profissionais com o serviço e a saúde da população.

Podemos considerar que as representações sociais evidenciadas neste estudo revelam o conhecimento de que a rede de atenção em urgência e emergência garanta uma otimização da assistência. E, nesse sentido, emerge o sentimento de satisfação nos profissionais integrantes do processo, ao se reconhecerem como membros participantes das decisões, com possibilidade de serem ouvidos na busca de melhorias para seu cotidiano laboral.

Esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para gestores e profissionais de saúde compreenderem e assimilarem as nuances de se trabalhar em rede com vistas a atender efetivamente as reais demandas de saúde da população. E a partir dessas reflexões e análises possam direcionar políticas públicas e normativos organizacionais para a rede de urgência e emergência com foco no fortalecimento do atendimento interdisciplinar, multiprofissional, integral e resolutivo.

Salientamos que uma das limitações do estudo foi a limitação da aplicação em gestores e trabalhadores dos serviços da RUE do município de Barbacena, sendo esta a cidade polo da região ampliada de saúde centro sul, sugerindo que novas pesquisas fossem realizadas em toda as microrregiões de saúde, para que pudesse ser realizado um comparativo entre as representações encontradas nas diferentes situações e não apenas na cidade polo.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-172.

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde**: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari. 2011.

ALMEIDA, P.F. de. et al.. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

AMORIM, G.M., et al.. Prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 145-158. 2013.

ARAUJO, M.T., et al.. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 156-163, 2011.

ARAUJO, D.E. **A rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde**: uma análise por coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão do curso de especialização. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2012.

ARAUJO, T.C.C.F. de. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-13. 2009.

ARENA, C.A.V., et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 893-898, 2012.

AZEVEDO, A.L.C.S., et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-45. 2010.

BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E.. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54. 2016.

BARBOSA, P.S.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M.M.. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BATISTA, K.B.C.; GONCALVES, O.S.J.. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899. 2011.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S.. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 108-116. 2015.

BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences**. 4th ed. New York: Allyn & Bacon, 2001.

BORBA, R.. et al. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção Às Urgências e Emergências: avaliação da implantação do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção Às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em 16 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília. 76p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2016.

BRASIL. **Lei Nº. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 14 de janeiro de 2017.

CHIAVEGATO FILHO, L.Go.. A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 34, n. 1, p. 63-73. 2017.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COELHO, M.F. et al.. Analysis of the Organizational Aspects of a Clinical Emergency Department: A Study in a General Hospital in Ribeirao Preto, SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777. 2010.

COIMBRA, S.H. et al.. Analysis of the availability of the resources necessary for urgent and emergency healthcare in São Paulo between 2009-2013. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 538-542. 2017.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743. 2014.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; p. 51-66. 1995.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L.. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16.3. 2008.

DOISE, W.. **Les représentations sociales: définition d'un concept**. Connexions, 45, 243-253. 1985.

DOURADO, E.M.R.. **Análise da política nacional de atenção às urgências: uma proposta**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E.. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369. 2013.

FARIA, H.X.; ARAUJO, M.D.. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439. 2010.

FARIA, T.L.M., et al.. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 726-737. 2017.

FEIJÓ, V.B. Et R. al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, n. 106. p. 627-636. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>>. Acesso 15 fev. 2018.

GARLET, E.R. et al.. La finalidad del trabajo en urgencias y emergencias bajo la perspectiva de los profesionales: concepções de profissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 4, p. 535-540. 2009.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GODOY, A.M.G.; SOUZA, G. M. de. Descentralização, orçamento e os conselhos municipais.. Estudos do CEPE, Santa Cruz do Sul, p. 157-179, jul. 2011. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cepe/article/view/1738>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

GOMES, A.M.T; DE OLIVEIRA, D.C.; DE SÁ, C.P.. As representações sociais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 16.1: 122-129. 2008.

JACOBS, P.C.; MATOS, E.P.. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353. 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

KOLHS, M.; et al.. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 422-431, apr. 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5427>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

KONDER, M.T.; O'DWYER, G.. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874. 2011.

LIMA, D.P.; et al.. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75. 2015.

LIMA, D.P.; LEITE, M.T. de S.; CALDEIRA, A.P.. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde em Debate [online]**. v. 39, n. 104. p. 65-75. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040348>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

MACHADO L,T.; et al.. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012.

MACHADO, G.V.C.; et al.. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 416-424. 2015.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G.. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528. 2011.

MACIEL, R.H.M.O.; SANTOS, J.B.F. dos; RODRIGUES, R.L.. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e

auxiliares de nível médio. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 75-87. 2015.

MAGALHÃES, L.S.; ROSA, F.H.M.. O fator humano na organização: características motivacionais da equipe de enfermagem de um hospital público do interior de Rondônia. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 68, 2017.

MARQUES, C.M.S.. **As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, v. 2, n. 5, 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 17-27. 2002.

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

MENDES VON RANDOW; et al. Articulação com Atenção Primária à Saúde na perspectiva de gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [on line] 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978003>> Acesso em: 24 fev. 2018.

MINARDI R, M,C.; MELO, M,C.; CARDOSO, P,M. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445. 2010.

MINAYO, M.C.S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626. 2012.

MINAYO, M.C.S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S (org); DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886. 2008.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A.. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 26, n. 2. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MOSCOVICI, S.. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. In: Representações sociais: investigações em psicologia social. Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S.. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.. **O Sistema Único de Saúde - SUS**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 435-72. 2009.

O'DWYER, G.; MATTA, I.E.A.; PEPE, V.L.E.. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648. 2008.

O'DWYER, G.; et al.. The process of implementation of emergency care units in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 125, 2017.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.P. de; SETA, M.H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890. 2009.

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

PAULA, W.K.A.S. de; et al.. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 50.2: 335-345. 2016.

PELEGRINI, A.H.W.; et al.. Organization of health services attention to emergencies: narrative review.. Online **Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 9, n. 1. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2888>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

PONTES, A.P. M. de; OLIVEIRA, D.C. de; GOMES, A.M.T.. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67. 2014.

QUINELLATO, L.V.. A Diretriz de Hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista. **PhD Thesis**. 2009.

REIS, A.A.C. dos; et al.. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045- 1054. 2017.

RITTER, F.; SANTOS ROSA, R. dos.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2523-2534. 2013.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E.. Inovação e agir comunicativo: redes e tecnologias de gestão para a saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2. 2016.

ROCHA, S.A.; BOCCHI, S.C.M.; JULIANI, C.M.C.M. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Utopia? **INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 120-132, 2011.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C. de; RONCALLI, A.G.. Social representation related to care in the family health program in Natal-Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, 13.1: 71-82. 2008.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S.. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446. 2015.

SANTOS, T.V.C. dos; PENNA, C.M.M.. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Revista Pensar Acadêmico**, 12.1: 98-108. 2017.

SANTOS NETO, J.A. dos; et al.. Analysis of the Unified Health System funding and expenditure in the municipalities of the “Rota dos Bandeirantes” health region, State of São Paulo, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1269-1280. 2017.

SANTOS, M.F.S.. **A teoria das representações sociais**. Diálogos com a teoria da representação social, p. 13, 2005.

SAVASSI, L.C.M.. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 5.17: 3-5. 2010.

SENA, R.R de; SILVA, K.L. da. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1792-1796. 2011.

SILVA, C.B.. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. Hygeia: **Revista Brasileira de Geografia Medica e da Saúde**, 6.11. 2010.

SILVA, S.F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762. 2011.

SILVA, A.M.T.B. da; CONSTANTINO, G.D.; PREMAOR, V.B.. A contribuição da teoria das representações sociais para análise de um fórum de discussão virtual. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 233-242. 2011.

SIMÕES, C.G.; DE SOUZA URBANETTO, J.; FIGUEIREDO, A.E.P.L.. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde**, 6.2: 127-134. 2013.

SOUZA, J. D'Arc de; JUNIOR, J.M.P.; MIRANDA, F.A.N. de.. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 12, p. 107-116. 2017.

SOUZA, E.C.F. de; et al.. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. **Cadernos de saúde pública**, 24: s100-s110. 2008.

SOUZA, J.S.. A formação do trabalhador no contexto da reconfiguração do trabalho, da produção e dos mecanismos de mediação do conflito de classe. **Revista Contemporânea de Educação**, [S.l.], v. 10, n. 20, p. 273 a 290, dez. 2015.

SPINK, M.J.P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-08, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 15. reimp. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

TURATO, E.R.. **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURATO, E.R.. Métodos qualitativos e quantitativos em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALA, J.. **A análise do conteúdo**. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Orgs.). Metodologia das ciências sociais. Porto: Afrontamento, 1986. p.101-128.

VALA, J.; CASTRO, P.. **Pensamento social e representações sociais**. Psicologia social (9ª edição revista e atualizada), p. 569-602, 2013.

VAN STRALEN, C.J.; et al.. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

VIANA, A.L.d'Ávila; et al.. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIEIRA, C.M.S.; MUSSI, F.C.. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797. 2008.

WAGNER, W. **Sócio-gênese e características das representações sociais**. In A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira. (Eds.), Estudos interdisciplinares de representação social (pp. 3-25). Goiânia: AB. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**: International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Representações sociais de trabalhadores e gestores de serviços de urgência e emergência sobre a Rede de Atenção às Urgências". Nesta pesquisa pretendemos analisar e conhecer como pensam e entendem os trabalhadores e gestores de serviços integrados a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde à cerca da implantação desta. O motivo que nos leva a estudar sobre esse tema é a possibilidade de gerar elementos que contribuam para formulação de estratégias que possam melhorar o processo de trabalho dos profissionais e desta forma melhorar os serviços prestados aos usuários do SUS.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será solicitado (a) a fornecer informações pessoais e profissionais por meio de uma entrevista semiestruturada que será agendada e gravada conforme suas possibilidades quanto ao local e horário, de modo a não causar modificações na sua rotina de trabalho. Porém, a entrevista só será realizada se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa e assinar o presente termo. Informamos que sua participação neste estudo apresenta riscos ou desconfortos mínimos, por tratar-se apenas de informar sua percepção a respeito dos aspectos avaliados, ou seja, não ocorrerá nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que participarem do estudo. Importante destacar que será preservado o anonimato dos participantes e que será garantido o sigilo das informações coletadas em todas as etapas do estudo. A pesquisa contribuirá para disponibilizar informações que contribuam com a formulação de políticas públicas e estratégias que tragam benefícios para a implantação da Rede de Atenção às Urgências e melhorar a prestação de serviços aos usuários do SUS.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome

ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Representações sociais de trabalhadores e gestores de serviços de urgência e emergência sobre a Rede de Atenção às Urgências”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Marcio Antonio Resende
Endereço: Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Prédio do NATES, Campus Universitário, s/n – Bairro: Martelos. CEP: 36036-330 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 988169654
E-mail: marciores@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro para entrevista

I – Dados de identificação

Data de nascimento: ____/____/____.

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado

() união estável

Raça/Cor: () branca () preta () parda () indígena

() amarela

Renda Mensal Familiar (salário mínimo = R\$ 937,00):

() 1 a 3 salários mínimos

() 3 a 5 salários mínimos

() 5 a 8 salários mínimos

() > 8 salários mínimos

Formação: () Enfermeiro () Médico () Outro

Ano de formação:

Formação complementar:

Especialização. Se sim, qual?

Mestrado. Se sim, qual área?

Doutorado. Se sim, qual área?

Outros

Instituição em que trabalha:

Há quantos anos trabalha na instituição?

Cargo que ocupa atualmente:

Há quanto tempo ocupa este cargo?

Desenvolve outro tipo de atividade?

II - Questões norteadoras da entrevista

- Fale-me sobre a organização da rede de urgência e de emergência em sua região de saúde.
- O que você pensa sobre a rede de atenção à urgência e à emergência na região ampliada centro sul?
- O que você sabe sobre regionalização no sistema de saúde brasileiro? Como ela orienta a rede de urgência e de emergência?
- Como a hierarquização dos serviços de saúde influenciam na estruturação e no funcionamento da rede de urgência e de emergência?
- O que você pensa sobre a relação entre os diferentes integrantes da rede de urgência e de emergência?
- Para você qual papel a atenção básica representa na rede de urgência e de emergência?
- O que significa para você trabalhar na rede de urgência e de emergência?

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO




SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BARBACENA

AUTORIZAÇÃO

Os membros do Comitê Gestor da Rede de Urgência Emergência da Região Ampliada de Saúde Centro Sul, por meio deste instrumento, autorizam que o aluno do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, **Márcio Antônio Resende**, realize coleta de dados sobre a Rede de Atenção às Urgências da Região Ampliada Centro Sul, a fim de subsidiar o seu Projeto de Pesquisa com o título provisório: Representações sociais de trabalhadores e gestores de serviços de urgência e emergência sobre a Rede de Atenção às Urgências.

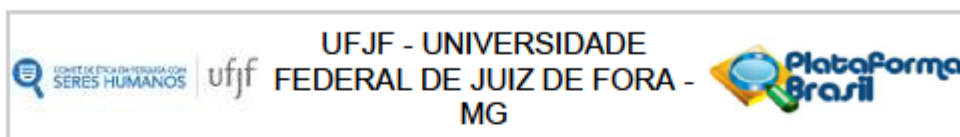
Barbacena, 27 de março de 2017


Robson Campos Vidigal

Superintendente Regional de Saúde de Barbacena
Coordenador do Comitê Gestor de UE da Região Ampliada de Saúde Centro Sul

Robson Campos Vidigal
Masp 1.388.389-7
Superintendente Regional de Saúde de Barbacena
SRS/Barbacena - SUS/MG

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES E GESTORES DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Pesquisador: MARCIO ANTONIO RESENDE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67717517.8.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.160.841

Apresentação do Projeto:

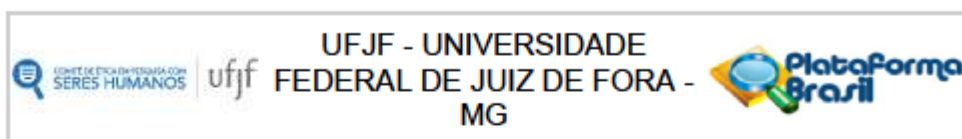
Tratar-se-á de um estudo de abordagem qualitativa no sentido de que essa estratégia é capaz de compreender os participantes na sua realidade acerca do objeto estudado. O estudo será realizado na região ampliada Centro Sul de Minas Gerais, com os trabalhadores e os gestores de serviços de saúde que integrem a Rede de Atenção às Urgências, sendo divididas em três microrregiões, tendo como referência os municípios de Barbacena, São João Del Rei e Conselheiro Lafaiete. Participarão do estudo profissionais e gestores que atuam nos serviços de urgência e emergência da região ampliada centro sul, o que corrobora com o argumento de Chizzotti (2000), segundo o qual as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la, pois estão inseridas em um contexto, dessa forma fornecem maior clareza e compreensão dos processos que orientam os comportamentos adotados. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais sobre as políticas de urgência e emergência na região ampliada

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.160.841

centro sul de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Conhecer as Representações Sociais dos gestores e de trabalhadores a respeito da rede de atenção às urgências

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo dispõe de riscos ou de desconfortos mínimos, por se tratar apenas de informações da percepção a respeito dos aspectos avaliados, ou seja, não ocorrerá nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que participarem do estudo. Será preservado o anonimato dos participantes e garantido o sigilo das informações coletadas em todas as etapas do estudo. Espera-se que este estudo possa disponibilize informações que contribuam com a formulação de políticas públicas e estratégias, que tragam benefícios para a sociedade - principalmente no que

diz respeito à implantação da rede de atenção às urgências em nossa região. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 468/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.160.841

para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_898446.pdf	05/07/2017 10:31:36		Aceito
Outros	Justificativa_pendencia_CEP.pdf	05/07/2017 10:31:15	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.160.841

Outros	Roteiro_para_entrevista.pdf	05/07/2017 10:30:26	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Marcio_Antonio_Resende_2.pdf	10/08/2017 12:02:51	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao_2.pdf	10/08/2017 12:01:25	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	10/08/2017 12:00:51	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_CARIMBO.pdf	02/08/2017 11:34:53	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	28/04/2017 10:12:42	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Marcio_Antonio_Resende.pdf	28/04/2017 10:01:41	MARCIO ANTONIO RESENDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Julho de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

24/05/2018

ScholarOne Manuscripts

 Physis Revista de Saúde Coletiva

[# Home](#)
[/ Author](#)
[Review](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID

PHYSIS-2018-0152

Title

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Authors

Resende, Marcio

Silva, Girlene

Date Submitted

24-May-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) |
 [System Requirements](#) |
 [Privacy Statement](#) |
 [Terms of Use](#)

<https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-sclelo>

1/2