

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD**

**ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA 14<sup>a</sup>  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Schana Shirley Silva**

**PALMEIRA DAS MISSÕES, RS, BRASIL**

**2014**

# **ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA 14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**Schana Shirley Silva**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms<sup>a</sup> Caroline Curry Martins**

**Palmeira das Missões/ RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**  
**Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS**  
**Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Gestão de Organização Pública em**  
**Saúde - EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o  
Artigo de Conclusão de Curso

**ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E**  
**EMERGÊNCIAS NA 14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Elaborado por  
**Schana Shirley Silva**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de**  
**Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Profª. Msª Caroline Curry Martins**  
**(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)**

---

**Prof. Dr. Claudio Edilberto Höfler**  
**(Membro da Banca - IFFarroupilha)**

---

**Prof. Dr Gianfábio Pimentel Franco**  
**(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)**

**Palmeira das Missões, 21 de agosto de 2014.**

**“NÃO SOMOS RESPONSÁVEIS  
APENAS PELO QUE FAZEMOS,  
MAS TAMBÉM PELO QUE  
DEIXAMOS DE FAZER”.**

**(MOLIÈRE)**

## **RESUMO**

Artigo Científico

Pós-Graduação Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA 14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**AUTOR: SCHANA SHIRLEY SILVA**

**ORIENTADORA: Ms<sup>a</sup> CAROLINE CURRY MARTINS**

**Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 21 de Agosto de 2014.**

Devido ao aumento da informação e a preocupação constante com a qualidade de vida, ultimamente as pessoas têm tido maiores preocupações com os aspectos da saúde. Visando dar este amparo, o poder público tem realizado investimentos significativos neste segmento. O objetivo deste trabalho foi analisar a Rede de Atenção às Urgências e Emergência da região de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, em particular a gestão e a logística das ações e serviços prestados pelas Unidades de pronto atendimento, o SAMU. Para esta pesquisa buscou-se informações em Portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, coleta de dados a partir de entrevistas semiestruturadas, a partir de reuniões de trabalhos, depoimentos com gestores da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, assim como observações sobre os serviços realizados pela Rede de Atenção da Urgência e Emergência. Como resultados verificou-se a constituição de qualificada equipe de profissionais que prestam atendimento Móvel de Urgência e Emergência na região foco deste estudo. Na conclusão constatou-se que as políticas públicas na área da saúde estão avançando cada vez em parcerias de coparticipações entre o governo federal, o governo estadual e os municípios.

**Palavras-chave:** Gestão; Saúde Pública; Rede de Urgência e Emergência.

## **ABSTRACT**

Scientific Article

Graduate Specialization in Management of Public Health Organization  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ANALYSIS OF THE EMERGENCY CARE NETWORK MANAGEMENT IN 14<sup>th</sup> REGIONAL HEALTH COORDINATION**

**AUTHOR: SCHANA SHIRLEY SILVA**

**ADVISER: Ms<sup>a</sup> CAROLINE CURRY MARTINS**

Defense Place and Date: Palmeira das Missões, August 21<sup>st</sup>, 2014.

Due to the increased information and the constant worry with the quality of life, lately the people have been worried with the aspects of life. Angle for giving this suport, the public power has accomplished weighty investments in this segment. The objective of this work was analyzed the emergency care network of the 14<sup>th</sup> Regional Health Coordination region, in particular the management and the logistics of the actions and services made by emergency units, the SAMU. For this research the information was searched in gatehouses issued by Health Ministry, data collection from this point of interviews semi-structured, from this point de meeting of work, evidence with manager of 14<sup>th</sup> Regional Health Coordination, just like observations about the services unfulfilled by the emergency care network. As the result we checked the structure of a qualifying team of professionals that provide mobile urgency and emergency service in the region focus of this study. With the conclusion we proposed that the public politic in the health area is going forward each time with partners of co-partnership between the federal government, the state government and the municipal government.

**Key words:** Management; Public Health; Emergency Care Network

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População total nos 22 municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	16
Tabela 2- Número de óbitos e coeficientes de mortalidade nos 22 municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. ....	26
Tabela 3- Cobertura do Atendimento do SAMU na 14ª CRS .....	29

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Mapa dos Municípios de abrangência da 14ª CRS .....	15
Figura 2 — Componentes da RUE (Rede Urgência e Emergência) e suas interfaces ....	23
Figura 3 — Ilustração da Rede Atenção da Urgência e Emergência .....	30
Figura 4 — Tipo de Atendimento da Gestão SAMU ao município de Tuparendi/RS entre os anos de 2011 a 2014.....	35
Figura 5 — Atendimento da Gestão SAMU ao município de Cândido Godói/RS entre os anos de 2011 a 2014.....	36
Figura 6 — Atendimento da Gestão SAMU ao município de Boa Vista do Búrica/RS entre os anos de 2011 a 2014.....	37
Figura 7 — Atendimento da Gestão SAMU ao município de Santo Cristo/RS entre os anos de 2011 a 2014.....	37
Figura 8 — Atendimento da Gestão município de Santa Rosa/RS (USB), entre os anos de 2011 a 2014.....	38
Figura 9 — Atendimento 14ª CRS Gestão SAMU/Unidade Suporte Avançado/ Moto lância entre os anos de 2011 a 2014.....	40



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- APS — Atenção Primária à Saúde
- AVC — Acidente Vascular Cerebral
- CONASS — Conselho Nacional Secretários de Saúde
- CRS — Coordenadoria Regional de Saúde
- DATASUS — Departamento de Informática do SUS
- IAM— Infarto agudo de miocárdio
- IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS — Ministério da Saúde
- PNAB — Política Nacional de Atenção Básica
- PNPS — Política Nacional de Promoção à Saúde
- POA — Porto Alegre
- RAS — Rede de Atenção a Saúde
- RS — Rio Grande do Sul
- RUE — Rede de Atenção a Urgência e Emergência
- SAMU — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SES — Secretaria Estadual de Saúde
- SMS — Secretaria Municipal de Saúde
- SUS — Sistema Único de Saúde
- UBS — Unidade Básica em Saúde
- UPA — Unidade de Pronto Atendimento
- USA — Unidade de Suporte Avançado
- USB — Unidade de Suporte Básico
- UTI — Unidade de Tratamento Intensivo

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXOS I — Imagem da Visita ao SAMU de Santa Rosa-RS.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	12
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1 Caracterização da Região de Saúde</b> .....	15
<b>2.2 Rede de atenção a saúde (RAS)</b> .....	18
<b>2.3 Rede de urgência e emergência (RUE)</b> .....	21
2.3.1 A gestão da RUE na 14ª Coordenadoria regional de Saúde .....	24
2.3.2 Operacionalização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (14ª CRS) .....	27
<b>2.4 Atenção básica</b> .....	31
<b>3 MÉTODOS</b> .....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	44
<b>ANEXOS</b> .....	48

# ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA 14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

*Schana Shirley Silva<sup>1</sup>*

*Caroline Curry Martins<sup>2</sup>*

## RESUMO

Devido ao aumento da informação e a preocupação constante com a qualidade de vida, ultimamente as pessoas têm tido maiores preocupações com os aspectos da saúde. Visando dar este amparo, o poder público tem realizado investimentos significativos neste segmento. O objetivo deste trabalho foi analisar a Rede de Atenção às Urgências e Emergência da região de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, em particular a gestão e a logística das ações e serviços prestados pelas Unidades de pronto atendimento, o SAMU. Para esta pesquisa buscou-se informações em Portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, coleta de dados a partir de entrevistas semiestruturadas, a partir de reuniões de trabalhos, depoimentos com gestores da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, assim como observações sobre os serviços realizados pela Rede de Atenção da Urgência e Emergência. Como resultados verificou-se a constituição de qualificada equipe de profissionais que prestam atendimento Móvel de Urgência e Emergência na região foco deste estudo. Na conclusão constatou-se que as políticas públicas na área da saúde estão avançando cada vez em parcerias de coparticipações entre o governo federal, o governo estadual e os municípios.

**Palavras-chave:** Gestão; Saúde Pública; Rede de Urgência e Emergência.

<sup>1</sup> Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde/EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões/RS/BR.

<sup>2</sup> Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões/RS/BR.

## 1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) com a intenção de qualificar os serviços de saúde, destaca, juntamente com a Secretária Estadual de Saúde, a implantação de Redes Temáticas prioritárias (políticas de saúde priorizadas pelo Governo Estadual, para desenvolvimento e fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde – RAS). Entre essas redes, a de Urgência e Emergência – RUE se sobressai, tendo em vista a relevância das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros. (Manual Instrutivo da Rede de Urgência e Emergência, 2013).

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando assim a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no território nacional, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno. A implementação da RUE será de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos da atenção e definindo os fluxos e as referências adequadas. Com isso, pode-se transformar o atual modelo de atenção fragmentado e desarticulado em um sistema de Rede de Atenção a Saúde (RAS) homogêneo, organizado e pautado na oferta de serviços qualificados que atendam as necessidades dos usuários do SUS. (CONASS, 2012).

Este modelo atual tem se mostrado insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais. Dados epidemiológicos em nosso país indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, tornando-se uma das principais causas de óbitos na população brasileira (Plano Estadual de Saúde 2012-2015). Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, como infarto agudo de miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), se destacam como relevantes problemas de saúde pelo elevado número de óbitos, demandando uma nova conformação do sistema, com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

O enfrentamento das situações de Urgência e Emergência e de suas causas requer não apenas assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a

reabilitação e os cuidados paliativos.

A Secretaria Estadual de Saúde vem desenvolvendo ações para assegurar o acesso dentro das regiões de saúde, buscando suprir as demandas em outras regiões e pactuando com as Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios a organização de um sistema regionalizado e descentralizado no Sistema Único de Saúde (Plano de Ação Macrorregional Missioneira da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, 2013).

A Região Macromissioneira está localizada no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, é composta por 80 municípios com uma população de 978.531 habitantes, dividida em quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (9<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 17<sup>a</sup> CRS) e também dividida em quatro Regiões de Saúde que são: 12<sup>a</sup> – Portal das Missões (9<sup>a</sup> CRS); 11<sup>a</sup> – Sete Povos das Missões (12<sup>a</sup> CRS); 14<sup>a</sup> – Fronteira Noroeste (14<sup>a</sup> CRS); 13<sup>a</sup> Região da Diversidade (17<sup>a</sup> CRS). (Plano de Ação Macrorregional Missioneira da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, 2013).

Considerando os serviços existentes e as ações já desenvolvidas, na elaboração do Plano de Ação Macrorregional da RUE, o grupo condutor da Região Macromissioneira percebeu a complexidade e o desafio da articulação dos serviços em rede. Assim, uma sensibilização de todos os envolvidos na rede de cuidado tornou-se necessária, por meio do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, através do envolvimento de todos na construção, qualificação e aprendizagem contínua.

Este estudo propõe-se a uma análise da Gestão Regional da Rede de Urgência e Emergência na 14<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde. Foi avaliado como se encontra organizada a Rede de Cuidados nesta região de saúde, os serviços ofertados aos usuários do SUS, quais as principais problemáticas envolvendo o atendimento móvel do SAMU, suas potencialidades e dificuldades nesta região de saúde.

Dada à importância do tema, a escolha e referência para com este estudo, vem refletir o meu interesse em particular, pois fiz parte da construção do plano de ação Regional RUE juntamente da equipe técnica na CRS, tendo por objetivo o desenvolvimento do diagnóstico situacional na 14<sup>a</sup> CRS. Dados estratégicos como estes são pertinentes para mensurar indicadores capazes de refletir melhorias à saúde da população desta região de saúde, condescendente à reflexão por uma política de saúde pública de acordo com os preceitos do SUS.

Neste contexto, a análise da força do trabalho e a educação permanente são

fundamentais na gestão da saúde, exigindo mudanças nos processos se necessário assim for. Essas mudanças podem proporcionar a aprendizagem e a modernização dos processos de trabalho, refletindo o posicionamento proativo dos gestores e trabalhadores de saúde na construção de políticas públicas eficientes com os desafios sanitários atuais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Caracterização da Região de Saúde

A 14ª Coordenadoria Regional de Saúde localiza-se na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e integra a Macrorregião Missioneira do Estado. Possui vinte e dois (22) municípios em sua área de abrangência, sendo que sua região administrativa constitui também a mesma região de saúde estabelecida na RESOLUÇÃO N° 555/12 – CIB/RS que altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, e instituem as Comissões Intergestores Regionais – CIR.

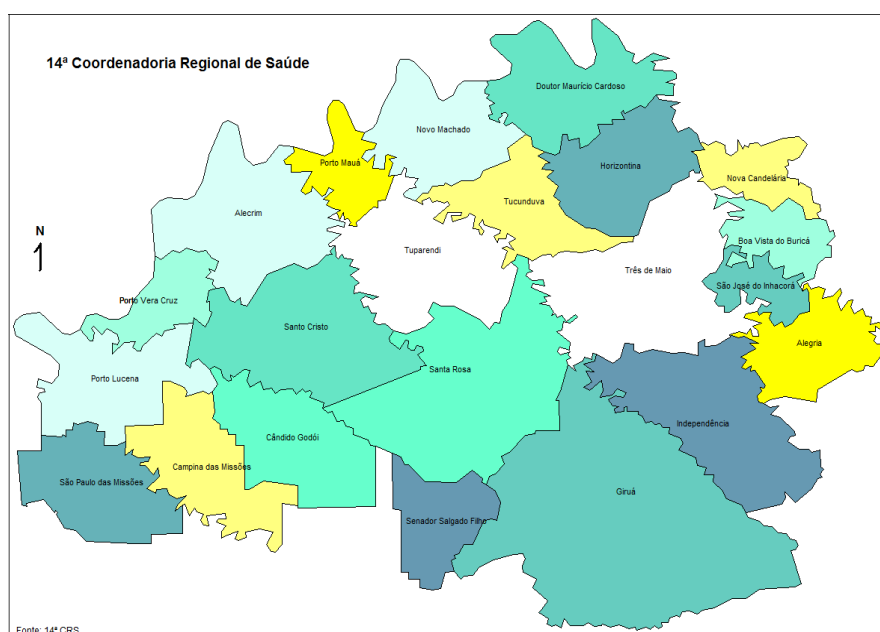


Figura 1 – Mapa dos Municípios de abrangência da 14ª CRS  
Fonte: 14ª CRS

A 14ª CRS possui uma população de 226.213 conforme projeção do IBGE 2012, sendo que 32% dos municípios possuem menos de 5.000 habitantes, 44% de 5 a 10.000 habitantes, 14% de 10 a 20.000 habitantes e 10% acima de 20.000 habitantes.

O município de Santa Rosa é o mais populoso da região de saúde da 14ª CRS, concentra grande parte dos serviços de maior complexidade de assistência à saúde da região. Possui 69.127 habitantes, sendo que destes 33.744 são do sexo masculino e 35.385 são do sexo feminino. Este município é sede da 14ª CRS e geograficamente encontra-se bem localizada com relação aos outros municípios de abrangência desta Regional.

Tabela 1 — Distribuição da população por sexo — Projeção IBGE dos municípios que integram a 14ª CRS — Santa Rosa-RS

<b>POPULAÇÃO TOTAL 14CRS</b>			
<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Alecrim	3.401	3.427	6.828
Alegria	2.068	2.073	4.141
Boa Vista do Buricá	3.295	3.278	6.573
Campina das Missões	2.989	2.993	5.982
Cândido Godói	3.274	3.177	6.451
Doutor Maurício Cardoso	2.571	2.589	5.160
Giruá	8.215	8.608	16.823
Horizontalina	9.001	9.445	18.446
Independência	3.239	3.275	6.514
Nova Candelária	1.396	1.336	2.732
Novo Machado	1.885	1.921	3.806
Porto Lucena	2.625	2.640	5.265
Porto Mauá	1.250	1.253	2.503
Porto Vera Cruz	890	870	1.760
Santa Rosa	33.744	35.383	69.127
Santo Cristo	7.151	7.150	14.301
São José do Inhacorá	1.114	1.056	2.170
São Paulo das Missões	3.164	3.076	6.240
Senador Salgado Filho	1.399	1.398	2.797
Três de Maio	11.461	12.204	23.665
Tucunduva	2.793	3.044	5.837
Tuparendi	4.071	4.338	8.409
<b>TOTAL</b>	<b>110.996</b>	<b>115.217</b>	<b>226.213</b>

Fonte: IBGE - Censo 2012.



A maior parte do eixo viário está em boas condições de trafegabilidade, sendo asfaltados os trechos de maior movimentação, o que possibilita um atendimento rápido e ágil. Poucos trechos em alguns municípios como Alegria, São José do Inhacorá e Senador Salgado Filho, por exemplo, não estão asfaltados ao seu acesso.

O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e deve ser requisito de todos os pontos de atenção. Propõe-se a priorização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

Em se tratando de saúde, este conceito deve ser entendido como direito social e de cidadania, resultando das condições e qualidade de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (Portaria nº 4.279/2010).

Nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal, destaca a importância e necessidade de trabalhar com um conceito amplo de saúde que direcione as intervenções e respostas às necessidades desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, tratamento, monitoramento e recuperação, conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O SUS preconiza o atendimento aos usuários com quadros agudos, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado. Esse sistema é organizado em redes regionais de atenção às urgências e emergências, sendo uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

Percebe-se atualmente no Estado do RS, que o progressivo envelhecimento da população, a urbanização e a industrialização aceleradas estão sendo fatores decisivos para os elevados coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas como também, o alto índice de acidentes de trânsito e a crescente ocorrência da violência urbana (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

## 2.2 Rede de Atenção a Saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado. (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria nº 4.279 de 30-12-2010).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica ( Secretaria Estadual Saúde RS, 2014).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilidade na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Redes de Atenção a Saúde no Sistema Único de Saúde, 2012).

A Atenção Primária à Saúde é compreendida como o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde, os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva entre outros (Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde/Diretoria de articulação Redes de Atenção, 2008-2012). Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde, se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhoria de saúde da população, a integração e a articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema, faz-se necessária à criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores-financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS. (Manual de Celebração do Contrato de Gestão, 2009).

Os contratos de gestão são definidos como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidade, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes (Manual de Celebração do Contrato de Gestão, 2009). Esse processo deve resultar ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos destacam-se:

- melhorar o nível de saúde da população;
- responder com efetividade as necessidades em saúde;
- alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos maximizando o nível de bem-estar;
- coordenar as atividades das partes envolvidas, assegurar que os compromissos sejam cumpridos;

Para assegurar o alcance destes objetivos, as partes envolvidas necessitam aplicar recursos em três áreas da saúde as quais se apresentam: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

Para além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde é responsabilidade de toda a profissão da área de saúde.

Neste contexto, embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no

contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade, demonstra a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no Brasil (Kuschnir, Chorny, Lira, 2010).

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstradas por exemplos de lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, fragmentação e baixa eficiência no emprego dos recursos disponíveis. Isso tudo reduz a capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde, configura inadequadamente os modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Além disso, a fragilidade na gestão do trabalho.

Concomitantemente a isto, o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública e a pulverização dos serviços nos municípios com pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS), agravam ainda mais a situação (Kuschnir, Chorny, Lira, 2010).

Considera-se ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doenças que envolvem a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos. Estes são importantes componentes de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis (Estatísticas de Saúde, 2010).

Percebe-se neste contexto que o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos

acidentes de trânsito, trazem a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo respectivamente, as condições agudas. (Plano de Ação Macrorregional da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, 2013).

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política”, para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

### 2.3 Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Segundo o Ministério da Saúde (2011), RUE é o conjunto dos serviços de saúde responsáveis pelo acesso humanizado e integrado aos usuários em situação de risco de vida, garantindo o cuidado de forma ágil e oportuna. Embora não seja uma rede separada, os serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE) integram a Rede de Atenção em Saúde (RAS).

Na RUE são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde além da integração de diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, possibilitando os primeiros cuidados às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência e encaminhamento a outros pontos de atenção quando necessário (Portaria nº 2.048/2002).

Além disto, devem-se desenvolver ações de saúde e educação permanente voltada para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações inter-setoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. Com exceção das unidades da Atenção à Saúde, os demais serviços funcionam 24 horas (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

A Rede de Urgência e Emergência se constitui: (Plano de Ação Macrorregional da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, 2013).

**Unidades da Atenção Básica em Saúde (UBS):** além de ampliar o acesso, fortalecem o vínculo e responsabilização sobre o primeiro cuidado às urgências e

emergências.

**Sala de Estabilização:** funciona como local de assistência temporária para estabilização de pacientes críticos graves.

**Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H):** prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica e primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192):** com sua central de Regulação médica das Urgências e as bases avançadas permite o acesso à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte.

Para organizar esta Rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de Urgência e Emergência de forma resolutiva, é necessário uma análise do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos; uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como IAM e AVC, somando-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas (IBGE, 2012).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde juntamente da Secretaria Estadual de Saúde priorizam a Rede de Atenção a Urgência e Emergência RUE, como uma das políticas públicas prioritárias na gestão (Plano Estadual de Saúde 2012-2015). Por meio desta, foi possível ampliar e qualificar o processo de cuidado com acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, por meios das ações exemplificadas:

- redução da incidência de agravos urgentes;
- viabilização de acesso eficaz do paciente a serviços de saúde qualificados e resolutivos;
- ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos da atenção;

- garantia de assistência adequada em todos os níveis de atenção;
- organização da Atenção Primária em Saúde em todos os municípios, de forma a ter equipe de Atenção Primária de referência para 100% da população;
- implantação da classificação de risco em todos os níveis de atenção;
- definição do Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatismos;
- definição dos pontos de atenção secundários e terciários, regionalizados e articulados;
- articulação interfederativa;
- monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção, permitindo avaliar e qualificar atenção prestada;
- definição e implantação de Programa de Educação Permanente em saúde para gestores e trabalhadores da saúde.

	<b>Promoção e Prevenção</b>	<b>Sala de Estabilização</b>	<b>SAMU 192</b>	<b>UPA 24 horas</b>	<b>Atenção à Saúde</b>	<b>Atenção Domiciliar</b>
<b>Acolhimento</b>	Todos Níveis atenção	Todos Níveis Atenção	Todos Níveis atenção	Todos Níveis atenção	Todos Níveis Atenção	Todos Níveis Atenção
<b>Qualificação Profissional</b>	Educação Permanente	Educação Permanente	Educação Coletiva	Educação Coletiva	Educação Coletiva	Educação Permanente
<b>Informação</b>	Clara/objetiva	Clara/objetiva	Clara/obj	Clara/objetiva	Clara/objeti	Clara/objetiva
<b>Regulação</b>	contínua	Contínua	contínua	contínua	Continua	contínua
<b>Atenção Básica</b>						

Figura 2 - Componentes da RUE e suas Interfaces.

Fonte: SAS MS, 2011/ Adaptado pelo Autor.

A RUE, como uma Rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, e outras) é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devam estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a

informação e a regulação de acesso (Modelo do Plano de Ação Regional Rede Atenção das Urgências e Emergências da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela Atenção Básica, é necessário muito mais do que a ampliação da Rede de serviços. Será necessário o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de forma qualificada e resolutiva.

É fundamental a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo os conselhos de saúde, trabalhadores, prestadores, usuários, instituições de ensino, entre outros atores. Assim será possível a formação e organização da RUE, implementando e qualificando esta Rede de Saúde com todos os atores envolvidos no desenvolvimento na gestão.

### 2.3.1 A gestão da RUE na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde

Considerando o cenário atual da saúde como direito social e de cidadania, resultante das condições de vida da população, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo na Constituição Federal. A importância da necessidade de trabalhar-se dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e a resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também a recuperação dos usuários.

Sendo assim o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado a 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 as urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

A 14ª Coordenadoria Regional de Saúde está reformulando e estruturando sua gestão a Rede de Atenção a Urgência e Emergência de acordo com a Portaria nº 1.600, 2011.

No desenvolvimento deste estudo, em agosto de 2014, foi inaugurada na 14ª



região de saúde a UPA 24H, no município de Santa Rosa/RS, completando o ciclo da RUE nesta Região de Saúde, que até então não contava com este modelo de atendimento. E ainda dentro da complexidade RUE, a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde consta com a Central de Regulação do SAMU localizada em POA – a qual é responsável pelo atendimento centralizado na Região Metropolitana.

Este estudo será delimitado no diagnóstico e levantamento de informações referente aos serviços móveis do SAMU na região de saúde da 14ª Coordenadoria de Saúde, onde a mesma se apresenta dividida em quatro micros gestões, centralizada nos municípios:

- Santa Rosa (responsável pela gestão dos municípios de Santa Rosa, Horizontina, Giruá e Três de Maio, População aproximada de 125, 539, conforme dados IBGE, do 2012).
- Tuparendi, (responsável pela gestão de seu município, População aproximada de 8.409, conforme dados do IBGE, 2012).
- Boa Vista do Buricá, (responsável pela gestão de seu município, População aproximada de 6.573, conforme dados do IBGE, 2012).
- Candido Godói, (responsável pela gestão de seu município, População de 6.451, conforme dados do IBGE, 2012).
- Santo Cristo, (responsável pela gestão de seu município, População de 14.301, conforme dados do IBGE, 2012).

O Plano de ação Regional da Rede de Atenção à Urgência e Emergência está estruturando-se com a finalidade de desenhar o modelo de Atenção Regional, fazendo um diagnóstico situacional através da Região de Saúde. Prioriza-se os serviços existentes levando em consideração a quantidade e a qualidade de oferta, a localização, o acesso, a complexidade do sistema e a capacidade operacional técnica, conforme preconiza o Ministério da Saúde (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

Contudo, os serviços de saúde devem estar adequadamente estruturados e equipados. A crescente demanda dentro da área de Urgência e Emergência nos últimos anos, devido ao elevado crescimento no número de acidentes, violência urbana, doenças crônicas não transmissíveis e a insuficiente organização da Rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços nesta área. Assim, ela se encontra fragilizada, problematiza e inviabiliza o atendimento humanizado e eficaz para sua população, o que a tem refletido em uma das áreas preocupantes do Sistema Único

de Saúde (Plano de Ação Macrorregional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013).

Neste contexto, relacionando os acidentes de trânsito na área de abrangência da 14ª CRS, segundo dados do IBGE, em 2011, ocorreram 62 óbitos no ano, e em 2012 estes diminuíram para 53 óbitos. Mesmo com a baixa no número de óbitos de um ano para outro, em relação às taxas de acidentes de transporte no Estado do RS, esta Regional se mantém acima das taxas do Estado RS. Conforme a tabela 2, a média no Estado RS foi de 19,1 % o número de óbitos por acidentes de transporte entre anos de 2008/2012, e a região da 14ª CRS a média de acidentes foi de 23,4%, constando-se nesta região de saúde dados bastante preocupantes.

Tabela 2 - Mortalidade por acidentes de trânsito por acidentes de transporte, por 100.000 habitantes, ambos os sexos, todas as idades, por CRS e município de residência entre os anos de 2008 e 2012.

#### NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE

	2008		2009		2010		2011		2012	
Alecrim	5	5,0	2	2,0	5	5,2	1	1,0	1	14,2
Alegria	4	4,0	2	2,0	10	10,0	4	4,0	3	23,3
Boa Vista do Buricá	3	3,0	5	5,0	5	5,0	6	6,2	1	20,4
Campina das Missões	2	2,0	10	10,1	12	12,1	6	6,7	2	32,7
Cândido Godói	0	0,0	5	5,1	7	7,2	1	1,0	2	15,3
Doutor Maurício Cardoso	3	3,4	2	2,0	6	6,0	5	5,4	2	18,8
Giruá	2	2,3	5	5,2	2	2,0	1	1,2	1	11,7
Horizontina	3	3,9	0	0,0	2	2,0	3	3,0	2	10,9
Independência	2	2,1	5	5,1	6	6,1	7	7,0	3	23,3
Nova Candelária	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Novo Machado	0	0,0	5	5,2	3	3,1	5	5,2	2	15,5
Porto Lucena	2	2,0	5	5,3	6	6,2	3	3,0	2	18,5
Porto Mauá	2	2,0	5	5,2	13	13,0	8	8,1	1	29,3
Porto Vera Cruz	5	5,4	2	2,1	8	8,3	6	6,0	3	24,8
Santa Rosa	8	8,0	10	10,0	7	7,1	9	9,0	10	44,0
Santo Cristo	3	3,3	5	5,2	3	3,3	16	16,0	2	29,80
São José do Inhacorá	0	0,0	7	7,4	6	6,4	4	4,0	5	22,80
São Paulo das Missões	3	2,1	2	2,0	6	6,3	2	2,0	3	16,4
Senador Salgado Filho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Três de Maio	2	2,1	10	10,0	5	5,0	7	7,0	6	30,1
Tucunduva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuparendi	3	3,1	0	0,0	1	1,3	2	2,0	2	8,4
14ª	52	22,3	44	19,2	48	21,0	62	27,7	53	23,4
RS	1919	17,3	2023	18,6	2006	18,4	2210	20,7	2038	23,4

Fonte: SIM/RS 2008 a 2012.

Como pode ser analisado na tabela 2, 14ª Região de Saúde, também 14ª CRS, possui um índice de óbitos e coeficiente de mortalidade entre os anos de 2008/2012 acentuado com relação à média no Estado RS. Logo, o município de Santa Rosa sede da 14ª CRS, os municípios de Três de Maio, Santo Cristo e Campinas das Missões, possuem o maior índice de mortalidade, devido o maior número de sua população frente aos municípios menores.

Seguindo esta temática, vemos que a partir do aumento no número de casos de diferentes doenças e agravos, se evidencia o forte impacto gerado diretamente sobre o SUS e a sociedade em geral. Na assistência, este impacto pode ser medido através do aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Já na questão social, vemos cada vez mais aumentar os casos de pessoas invalidadas, com sequelas graves muitas delas com permanência para toda vida.

### 2.3.2 Operacionalização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (14ª CRS)

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional (Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, 2013).

A Rede de Atenção às Urgências prioriza as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia. O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, 2013).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II – Atenção Básica em Saúde;

III – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médicas das Urgências;

IV – Sala de Estabilização;

V – Força Nacional de Saúde do SUS;

VI – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar;

VIII – Atenção Domiciliar.

**Detalhamento:** De acordo com a Portaria 1.600 está sendo construído e organizado por meio do Plano de Ação Regional - Rede de Atenção às Urgências e Emergências da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde.

• **Serviço de atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192** – O componente assistencial móvel integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - SAMU 192, sendo um serviço que tem como objetivo a chegada precoce da vítima após a ocorrência de um agravo à sua saúde de diversas naturezas: clínicas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, entre outras.

O serviço de atendimento móvel de Urgência compreende: SAMU-USB (Unidade de Suporte Básico), SAMU – USA (Unidade de Suporte Avançado), Motolância, veículo de intervenção rápida.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a 14ª Região de Saúde que também corresponde a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, a cobertura do atendimento do SAMU, USA/USB, corresponde a 100% da cobertura de atendimento.

Tabela 3 – Cobertura do Atendimento do SAMU na 14ª CRS

Região	Pop. Total	Pop cobertura Sup. Avançado USA	%pop. cobertura Sup. avançado	Pop cobertura Sup. Básico USB	% pop. cobertura Sup. Básico
R1	417.898	262.368	62,8	367,060	87,80
R2	123.908	0	0,0	79.534	64,2
R3	463.497	125.320	27,0	445.316	96,1
R4	139.825	129.555	92,7	139.825	100,0
R5	205.540	200.188	97,4	205.540	100,0
R6	214.102	106.801	49,9	127.400	59,5

(continua)

Tabela 3 – Cobertura do Atendimento do SAMU na 14ª CRS

Região	Pop. Total	Pop cobertura Sup. Avançado USA	%Pop. cobertura Sup. avançado	Pop cobertura Sup. Básico USB	% Pop. cobertura Sup. Básico
R7	760.792	737.045	96,9	737.045	96,9
R8	721.847	577.642	80,0	680.554	94,3
R9	385.963	201.793	52,3	295.837	76,6
R10	2.233.479	2.226.495	99,7	2.226.495	99,7
R11	285.096	145.976	51,2	239.788	84,1
R12	151.746	2.439	1,6	87.296	57,5
R13	222.898	126.173	56,6	192.271	86,3
<b>R14</b>	<b>226.213</b>	<b>226.213</b>	<b>100,0</b>	<b>226.213</b>	<b>100,0</b>
R15	271.378	34.169	12,6	203.283	74,9
R16	230.541	96.756	42,0	147.468	64,0
R17	298.73	0	0,0	250.954	84,2
R18	128.289	0	0,0	69.449	54,1
R19	115.524	0	0,0	68.964	59,7
R20	162.852	59.445	36,5	131.391	80,7
R21	846.429	526.912	62,3	798.475	94,3
R22	182.723	116.944	64,0	176.627	96,7
R23	539.606	441.332	81,8	532.756	98,7
R24	95.200	0	0,0	73.130	76,8
R25	282.094	108.490	38,5	211.254	74,9
R26	171.031	0	0,0	149.086	87,2
R27	200.110	83.516	41,7	154.417	77,2
R28	328.649	119.199	36,3	300.773	91,5
R29	209.125	123.261	58,9	185.511	88,7
R30	118.342	0	0,0	101.374	85,7
Total	10.732.770	6.778.032	63,2	9.605.086	89,5

Fonte: DAHA/SES, 2012.

Na 14ª CRS, o município sede conta com uma Unidade de Suporte Avançada, conhecida popularmente como UTI móvel, a qual envolve uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro e um condutor (referência para toda a 14ª

CRS); e conta com uma Unidade de Suporte Básico, representada por um técnico de enfermagem e por um condutor do transporte (atende somente o município de Santa Rosa). O município de Boa Vista do Buricá possui uma Unidade de Suporte Básico (atende o próprio município, o município de Nova Candelária, São José do Inhacorá e São Martinho). Cândido Godói possui uma Unidade de Suporte Básico (atende o próprio município e o município de São Paulo das Missões). Giruá possui uma Unidade de Suporte Básico (atende o próprio município e o município de Senador Salgado Filho). Horizontina possui uma Unidade de Suporte Básico (atende o próprio município, e os municípios de Novo Machado, Tucunduva e Dr. Maurício Cardoso). Santo Cristo possui uma Unidade de Suporte Básico (atende o próprio município, e os municípios de Porto Lucena, Porto Vera Cruz e Alecrim). Três de Maio possui também uma Unidade de Suporte Básico (atendendo o próprio município, e os municípios de Independência e Alegria). E o município de Tuparendi, além de possuir uma Unidade de Suporte Básico (que atende a esta comunidade, também atende o município de Porto Mauá). Conforme apresentado na tabela 3, a cobertura do atendimento do SAMU cobre 100% os vinte e dois municípios desta região de saúde (14ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2014).

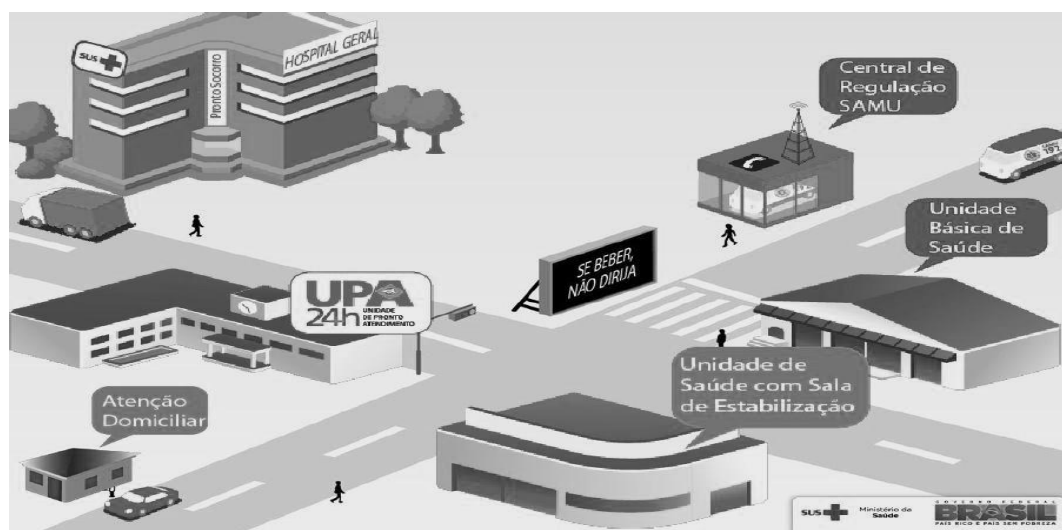


Figura 3– Ilustração da Rede Atenção das Urgências e Emergência

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde RS – SES

Em acordo com a ilustração da Figura 3, a organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar

o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil, oportuna e resolutiva.

## 2.4 Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social (Política Nacional de Atenção Básica, 2012).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e 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 autodeterminação. 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, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com o preceito do Sistema Único de Saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Opas/OMS, 1978).

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde com território adscrito de forma permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalha de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.
- III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.
- V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.
- VI – estimular a participação popular e o controle social, visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional.



### 3 MÉTODOS

Este artigo está voltado à análise da Rede de Atenção a Urgência e Emergência - RUE na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, por meio das informações e demandas potenciais, pontuando indicadores dos serviços prestados nesta Região de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental e retrospectivo realizado a partir da pesquisa de dados.

Tratando-se de uma política de saúde relativamente nova a RUE não possui muitos dados informatizados, como por exemplo, no DATASUS (Sistema Informações do SUS, entre Secretarias Municipais de Saúde/SMS e Secretaria Estadual de Saúde/Coordenadorias Regionais de Saúde/SES).

A pesquisa contemplou a realização da coleta de dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de reuniões de trabalho na Coordenadoria Regional de Saúde, com os gestores e trabalhadores de saúde dos municípios da região de saúde da 14ª CRS, caracterizado em conversas informais, depoimentos pessoais, observações diretas sobre a situação dos serviços assistenciais da Rede de Atenção da Urgência e Emergência nesta Região de Saúde no período de 2013 e 2014.

Para a coleta dos dados secundários foram buscadas informações junto às Portarias do Ministério da Saúde sobre a Atenção Básica, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede de Atenção a Saúde/RAS, também informações coletadas junto aos trabalhadores da saúde sobre as principais demandas vivenciadas no atendimento na RUE. Além das informações, buscadas junto do site da Secretaria Estadual de Saúde RS (Plano Estadual de Saúde 2012/2015, Estatísticas de Saúde, e a Política da Rede de Urgência e Emergência/RUE), nos relatórios dos Gestores Municipais de Saúde, Equipes de Atenção Básica, Equipes UBS, Equipes do SAMU, nos 22 municípios desta Região de Saúde.

Tratados através de cálculos e a percentagens, tabulados apresentados através de gráficos e tabelas, realizando correlações entre os períodos analisados e suas variáveis envolvidas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Plano de ação Regional da Rede de Atenção à Urgência e Emergência está sendo estruturado com a finalidade de desenhar o modelo de Atenção Regional, fazendo um diagnóstico situacional através da Região de Saúde. Prioriza-se os serviços existentes levando em consideração a quantidade e a qualidade de oferta, a localização, o acesso, a complexidade do sistema e a capacidade operacional técnica, conforme preconiza o Ministério da Saúde (Modelo do Plano de Ação Regional Rede Atenção das Urgências e Emergências da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013).

Contudo, os serviços de saúde devem estar adequadamente estruturados e equipados. A crescente demanda dentro da área de Urgência e Emergência nos últimos anos, devido ao elevado crescimento no número de acidentes, violência urbana, doenças crônicas não transmissíveis e a insuficiente organização da Rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços nesta área. Assim, esta área se encontra fragilizada, problematiza e inviabiliza o atendimento humanizado e eficaz para sua população, o que a tem transformado em uma das áreas mais preocupantes do nosso Sistema de Saúde Pública.

Concomitantemente a isso, o fácil acesso à informação e a preocupação constante com a qualidade de vida têm estimulado as pessoas a darem importância cada vez maior para os aspectos da saúde. Vários são os fatores que contribuem para esta preocupação. No Brasil, nos últimos anos devido ao acesso a programas de financiamento, o poder aquisitivo das pessoas tem aumentado significativamente e aliado a este contexto um dos itens priorizados nos investimentos são procedimentos voltados à saúde (Plano Estadual de Saúde 2012-2015). As esferas municipais, os entes federados e a própria união tem destacado esforços e principalmente aportado recursos para a implementação de projetos e programas em escala municipal e com características regionais, visando ofertar maiores acessos aos sistemas de saúde. Devido a estes fatores, os usuários têm tido fácil acessibilidade em consultas especializadas, tratamentos, cirurgias, assim como atenções dispensadas em vários outros aspectos deste segmento, ao qual tem propiciado ao brasileiro um aumento na longevidade (Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

Em relação a estes investimentos, conforme apontam dados do IBGE (2012) nas

últimas duas décadas houve um aumento de 11,24 anos na expectativa de vida dos brasileiros.

Além do fator longevidade no país, deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, para que novas estratégias em saúde sejam pensadas. Outra questão é a mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de transporte, das doenças cardiovasculares e de outras doenças, considerando os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Desse modo, o RUE no SUS, mais do que uma prioridade de governo, é uma necessidade premente de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre as doenças e agravos constantes em nosso cotidiano.

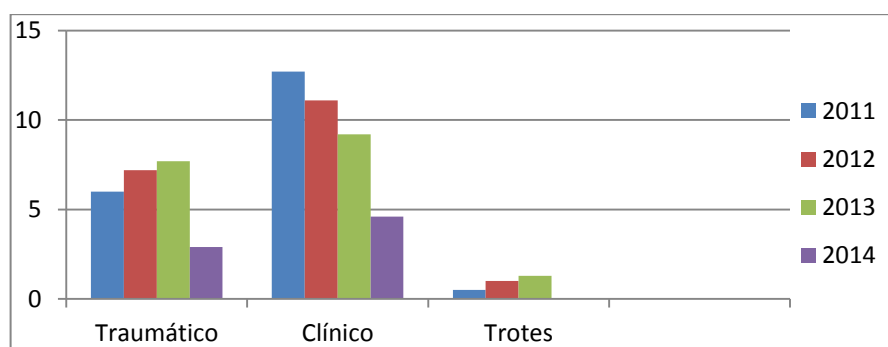


Figura 4 - Tipo de atendimento da Gestão SAMU município de Tuparendi/RS entre os anos de 2011 a 2014.

De acordo com a figura 4, identifica-se um acentuado crescimento de ano a ano nos casos traumáticos desta população, e uma diminuição nos casos clínicos.

Como mencionado, entre as principais causas de atendimento das unidades móveis do SAMU, estão às doenças traumáticas e clínicas. As doenças traumáticas caracterizam-se por colisões, quedas, atropelamentos, agressões, queimaduras, afogamentos e/ou causas externas. As doenças clínicas denominam-se problemas respiratórios, cardiovasculares, neurológicos, obstétricos, psiquiátricos, infecciosos, pediátricos, metabólicos, entre outros.

A gestão conta com a disponibilidade de uma USB 24 horas no município de Tuparendi para atendimento da população, sendo esta unidade composta por *um* técnico de enfermagem e um condutor disponível, como também disponibiliza o atendimento da USA e a motolância (com equipes multiprofissionais, de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) que se encontram no município vizinho de Santa Rosa,

responsáveis pelo atendimento dos 22 municípios na 14ª CRS.

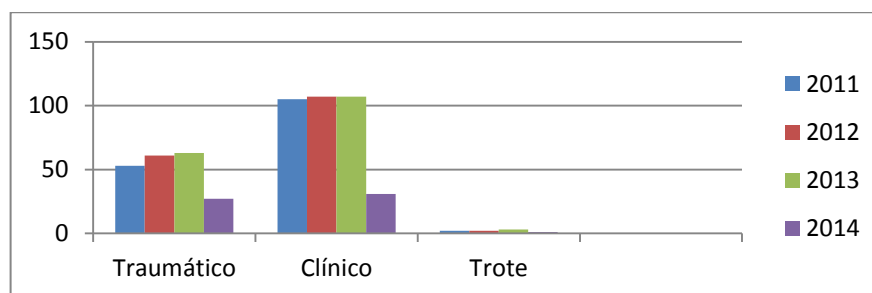


Figura 5 - Atendimento da Gestão SAMU município de Cândido Godói/RS, entre os anos de 2011 a 2014.

Como pode ser analisada na figura 5, a RUE é uma rede complexa e que atende a diferentes condições, sendo composta por diferentes pontos de atenção com o objetivo de sanar as diversas ações necessárias ao atendimento nas situações de urgência.

Na gestão do município de Cândido Godói, nos últimos 04 anos, houve um acentuado crescimento dos atendimentos no SAMU, principalmente para os casos clínicos em relação aos casos traumáticos. Isto vem ao encontro, e traz a reflexão, a forma como a política pública de saúde brasileira se encontra organizada, com seus entraves e agravos junto ao SUS.

Centrados em procedimentos, atendimentos curativos em todos os níveis de atenção à saúde, esquecendo-se muitas vezes dos cuidados preventivos, da escuta ao paciente, do acolhimento, da qualificação profissional, prezando pelo cuidado paliativo das doenças e agravos a saúde da população. Doenças e outras enfermidades devem ser atendidas junto ao SUS pela Atenção Primária à Saúde, passando assim por uma triagem, independente da complexidade da situação de saúde e/ou doença, encaminha-se aos outros pontos de atenção.

Pela análise da figura 5, o acentuado quadro clínico demanda as equipes de apoio do SAMU da RUE e, muitas vezes, a maioria dos casos clínicos e complexos chegam a este extremo do atendimento de urgência e emergência sem ao menos terem passado pela Atenção Primária à Saúde. Entram simplesmente no sistema como casos de alta complexidade, tratados em inúmeras vezes como cuidados curativos, e não como uma linha de cuidados preventivos a saúde.

Por estes motivos, é necessário que os componentes da RUE devam atuar de forma integrada, articulada e sinérgica com a de Atenção a Saúde – RAS. Além disso,

de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso.

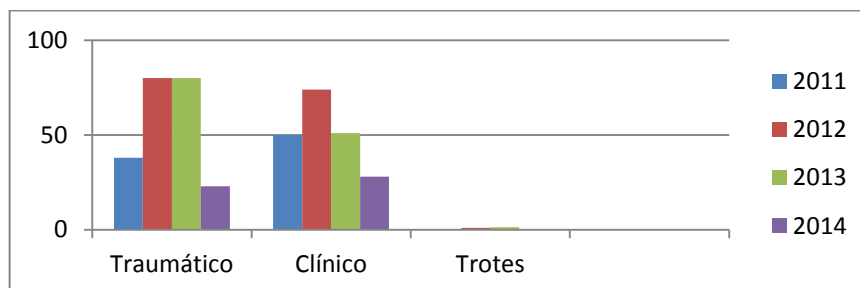


Figura 6 - Atendimento da Gestão SAMU município de Boa Vista do Buricá/RS, entre os anos de 2011 a 2014.

De acordo com a figura 6, no município de Boa Vista do Buricá, a gestão do atendimento do SAMU apresenta o quadro de casos traumáticos mais acentuados nos anos de 2012 e 2013. Estes índices crescentes têm muitas vezes relação com os acidentes terrestres provocados por motocicletas bem como de ocupantes de automóveis, tornando-se um problema de saúde pública que extrapola os limites de atuação do próprio setor da saúde, pela necessidade de articulação e desenvolvimento de políticas intersetoriais de promoção e prevenção da saúde, especialmente neste contexto de doenças e agravos por causas externas.

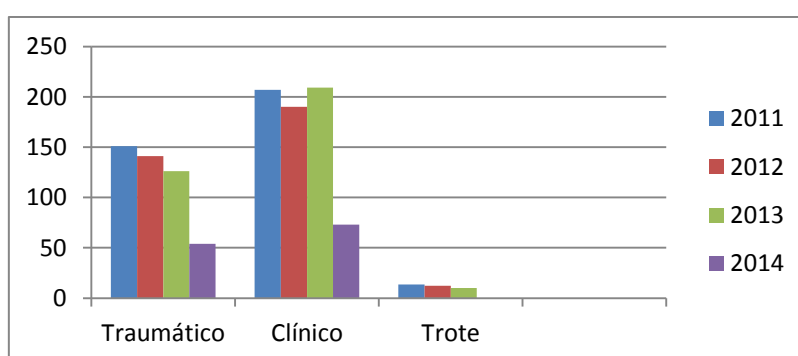


Figura 7 - Atendimento da Gestão SAMU do município Santo Cristo/RS, entre os anos de 2011 a 2014.

Conforme a figura 7, desde o período de implantação das equipes da RUE em 2011, na gestão do município de Santo Cristo, constata-se um acentuado número de casos clínicos, demandados as equipes 24 horas do SAMU. De acordo com a

problemática levantada anteriormente, são deficiências vivenciadas na política pública brasileira, onde as gestões e os processos de saúde necessitam mudanças culturais e de paradigmas, começando a trabalhar com os cuidados preventivos à saúde, ao invés de curativos, prevenindo assim casos como, por exemplo, o diabetes, problema cardíacos, respiratórios, reeducação alimentar, obesidade, insuficiência renal, orientação e acompanhamento a gestantes e recém-nascidos evitando índices de óbitos e doenças infecciosas, dentre tantos outros casos clínicos diagnosticados.

Outras questões levantadas junto à gestão deste município são as dificuldades encontradas com o número de trotes a este serviço público. E outro fator diagnosticado é a dificuldade de cobertura com os sinais dos celulares móveis. Onde em inúmeras vezes as equipes do SAMU em pronto atendimento, deslocam-se para comunidades no interior do município, enfrentando dificuldades de comunicação com sua central de regulação, orientações que os profissionais médicos repassam as equipes para enfrentamento das realidades vivenciadas com as vítimas no local do atendimento, levando estas equipes inúmeras vezes a decidir e agir de imediato sem a orientação de um profissional.

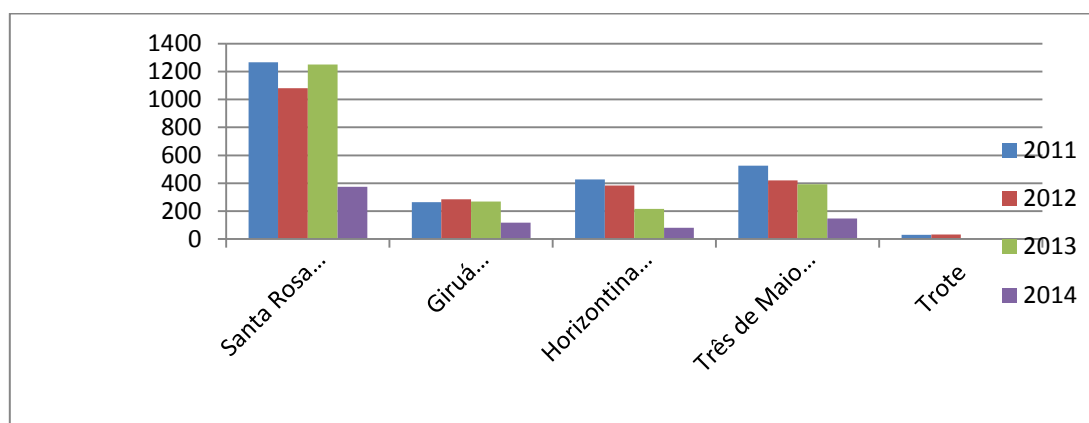


Figura 8 - Atendimento da Gestão município de Santa Rosa/RS (USB), entre os anos de 2011 a 2014.

A gestão do RUE/SAMU pelo município de Santa Rosa apresenta-se de uma forma diferenciada das demais (Figura 8). Composta pelo município de Santa Rosa, sendo este o mais populoso na região de saúde que também é formada pelos municípios de Giruá, Horizontina e Três de Maio.

Foram realizados comparativos entre os municípios atendidos nesta gestão, onde

Santa Rosa por ser uma população mais concentrada, apresenta os índices de atendimentos maiores em relação aos demais municípios da mesma gestão. Infelizmente como se trata de uma gestão mais complexa, não foi possível mensurar os índices separadamente, os casos clínicos e traumáticos, devido à gestão não ter efetuado uma triagem quanto aos atendimentos, ficando assim de sugestão para esta gestão, o aperfeiçoamento destas informações futuramente.

Outra dificuldade vivenciada pelas equipes do SAMU desta gestão é com relação aos pontos de referência no atendimento às vítimas, sendo um dos principais fatores a dificuldade com as sinalizações, placas de identificação, principalmente nos atendimentos no interior dos municípios, onde as equipes muitas vezes retardam no atendimento devido a estas circunstâncias.

Em nível central existe a Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU, a qual é uma estrutura física constituída por profissionais médicos, enfermeiros, telefonistas e auxiliares de regulação médica e rádio operadores capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientações e atendimentos de urgência. Em tempos modernos, devido à facilidade com que a população adquire aparelhos/linhas telefônicas, tanto fixo como móvel, e devido ao fato de a ligação para acesso ao 192 ser gratuita, a central Estadual de regulação das urgências vem enfrentando o grave problema de trotes. Nos últimos anos (2012 e 2013), a central recebeu em média 1.673.613 ligações/ano, sendo 4.649 trotes/dias (informações do Plano Estadual de Saúde 2012-2015).

O processo contempla e reconhece junto aos profissionais a necessidade de serem divulgadas à população em geral as atividades do atendimento pré-hospitalar, a regulação deste atendimento e também, as orientações a respeito das situações em que deverá ser chamado o SAMU, para que a partir do momento em que as pessoas venham a conhecer o trabalho das equipes, na grande maioria das vezes também venham a reconhecer e a admirar este trabalho.

A figura 9 apresenta informações da gestão do SAMU nos 22 municípios que abrangem a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. Trata-se do atendimento das motolâncias e da Unidade de Suporte Avançado – USA, estes concentram suas bases no município de Santa Rosa, sendo responsáveis pela abrangência de atendimento de todos os municípios desta região de saúde.

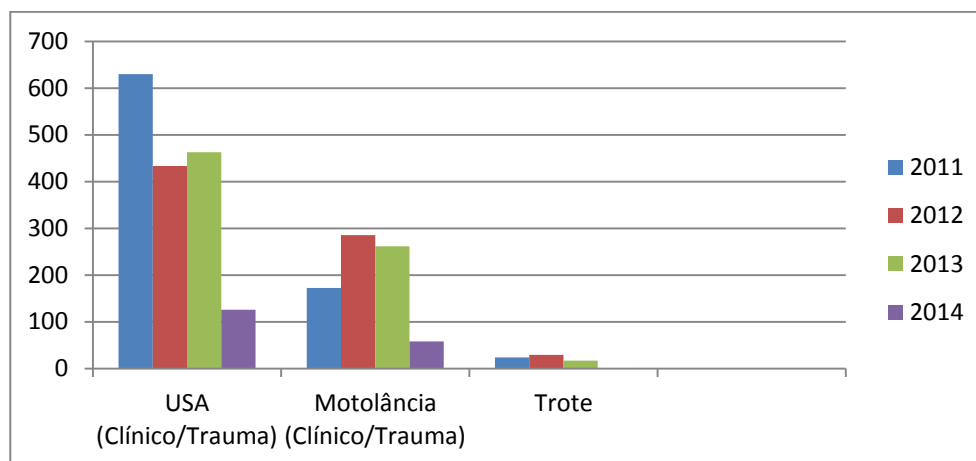


Figura 9 - Atendimento 14ªCRS – Gestão SAMU/Unidade Suporte Avançado/Motolância, entre os anos de 2011 a 2014.

Não foi possível fazer uma análise mais precisa por tipo de atendimento clínico/trauma. Entretanto, percebe-se um acentuado atendimento nesta região de saúde por atendimentos USA com relação aos atendimentos pelas motolâncias. As motolâncias têm por finalidade estabilizar e fazer qualquer tipo de atendimento à vítima sobre regulação médica. Diferentemente das ambulâncias, esse é um veículo que não realiza a remoção do paciente. Por ser um veículo menor, consegue chegar até a ocorrência em menos tempo e antecipar o procedimento de estabilização. Com isso, no momento em que as unidades de suporte básico ou avançado chegam ao local o paciente está pronto para ser removido. Na região de cobertura da 14ª CRS se tem apenas uma motolância, número este insuficiente para atendimento da região com 22 municípios de abrangência.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento e aperfeiçoamento das RAS (Rede de Atenção a Saúde), pode ser uma solução para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população brasileira.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como ordenadora dos cuidados e coordenadora da Rede apresenta-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, entre outros), quanto sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário da região de saúde (Redes de Atenção a Saúde no Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2012).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase, a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo da regionalização e organização do sistema de saúde sob a forma de Redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

- Pacto pela Vida: compromisso com as prioridades e apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.
- Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.
- Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus (lugar) privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de

governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas, promovendo ações de vigilância e promoção à saúde e efetivando a APS como eixo estruturante das RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em Rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada. Isso representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

Concomitantemente a esta articulação, o Plano de Ação Regionalizado da RUE foi criado a partir da Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências, que foi designado junto a resolução bipartite, proposta esta que vem responder a situação do quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência.

Para isso, se faz imprescindível a implementação gradativa em todos os estados e municípios da Rede e a construção dos Planos de Ação Regionais, estes que esboçam a realidade local de cada região, desenhando cada componente desta no âmbito das urgências e emergências. A política preconiza que a atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pré e pós-hospitalares, recuperação e reabilitação.

Diante desta discussão, este estudo veio a retratar o Plano de Ação Regional da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde - 14ª Região de Saúde Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, descrevendo a experiência e as dificuldades de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região, referenciando-se principalmente ao Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo este um dos

principais acessos demandados junto a RUE na região de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMET – Associação Brasileira de Medicina de Tráfego, <https://www.abramet.com.br>, acesso 18/08/2014.

BRAGA, E.C. Atenção Primária e Promoção da Saúde, 20º Ed, CONASS, 2007.

GARVIN, David A. Construindo a organização que aprende. Gestão do conhecimento. Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CONASS Documenta nº 25 – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 1ª Ed, Brasília, 2012.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY Adolfo Horácio; LIRA Anilka Medeiros Lima, Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde, Departamento de Ciências da Administração, Brasília, CAPES, 2010.

MANUAL INSTRUTIVO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, Brasília, 2013.

Manual Celebração do Contrato de Gestão, Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO – Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008 - 2010.

Modelo do Plano de Ação Regional Rede Atenção das Urgências e Emergências da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013.

Política Nacional da Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 1ª Edição, Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

Portaria nº 2.048/2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Plano de Ação Macrorregional da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Porto Alegre, 2013, catalogação na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde, CEIDS/ESP/SES/RS.

Plano Estadual de Saúde 2012-2015, Grupo de Trabalho Planejamento e Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org), Porto Alegre, 2013, catalogação na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde, CEIDS/ESP/SES/RS.

Portaria nº 1.828/2003 - Política de Atenção às Urgências;

Portaria nº 1.864/2003 - Componente Pré-Hospitalar Móvel (SAMU);

Portaria nº 1.020/2009 - Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 4.279/2010 - Prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS;

Portaria nº 1.600/2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Portaria nº 1.601/2011 - Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 2.026/2011 - A prova às diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

Portaria nº 2.301/2011 - Altera os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Portaria nº 2.338/2011 - Estabelecem diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências;

Portaria nº 2.395/2011 - Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às

Urgências no âmbito do SUS;

Portaria nº 2.649/2011 - Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011;

Portaria nº 2.648/2011 - Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 2.820/2011 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para a Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 2.821/2011 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para a Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 1.010/2012 - Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

Portaria nº 1.171/2012 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para a construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria nº 1.172/2012 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para a Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria nº 963/2013 - Redefine a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

Resolução nº 109/2013 CIB/RS - Aprova a política Estadual de co-financiamento para construção e para aquisição de equipamentos das Unidades de pronto Atendimento – UPAs que estão em construção no estado do Rio Grande do Sul.

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: <http://www.saude.rs.gov.br>,  
acesso: 10/06/2014.

## ANEXOS

### Imagens da Visita e entrevista no SAMU Santa Rosa/RS



**Legenda: Unidades Suporte Avançado, Suporte Básico e a Motolância**



**Legenda: Unidade de Suporte Avançado – USA**



**Legenda: Unidade Suporte Básico USB**





**Legenda: Motolância**



**Legenda:  
Equipe SAMU – Santa Rosa RS**