



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

FABIANE GORNI BORSATO

**HOSPITAIS GERAIS PÚBLICOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA REDE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA: INFLUÊNCIA DA
ESTRUTURA DE GESTÃO**

LONDRINA-PR
2020

FABIANE GORNI BORSATO

**HOSPITAIS GERAIS PÚBLICOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA REDE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA: INFLUÊNCIA DA
ESTRUTURA DE GESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA:
PROF^a. DR^a. BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO

LONDRINA-PR
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B738 Borsato, Fabiane Gorni.
Hospitais Gerais Públicos de Média Complexidade na Rede de Urgência e Emergência: influência da estrutura de gestão / Fabiane Gorni Borsato. - Londrina, 2020.
194 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Gestão em Redes - Tese. 2. Saúde Pública - Tese. 3. Atenção hospitalar - Tese. 4. Gestão em Saúde - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

FABIANE GORNI BORSATO

**HOSPITAIS GERAIS PÚBLICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE
NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: INFLUÊNCIA
DA ESTRUTURA DE GESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a. DR^a. BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR
ORIENTADORA

PROF. DR. JUAN STUARDO YAZLLE ROCHA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP/FMRP

PROF^a. DR^a. MARIA LÚCIA LOPES
DIRETORIA DA 17^a REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

PROF^a. DR^a. ELISABETE DE FÁTIMA P. A. NUNES
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR

PROF. DR. FRANCISCO EUGÊNIO ALVES SOUZA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR

Londrina, 06 de março de 2020.

*Dedico este trabalho à minha família,
um núcleo essencial em minha vida, sempre presente,
companhia indissolúvel em toda minha trajetória
e apoiadora de minhas decisões.*

Agradecimentos

“a gratidão é a memória do coração”.
então agradeço...

... à Deus,
por me apresentar a cada dia o milagre da vida
e os propósito de viver. Por me dar motivos, todos
os dias, para exercitar a gratidão e por conceder
forças para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Antonio e Silvia,
pelo amor manifestado, pelo afeto estampado em
seus olhares e pelo apoio incondicional no percurso
de minha vida. Amo vocês até a eternidade.

Ao meu irmão Fábio,
que mesmo longe demonstra seu carinho e afeto,
não mediando esforços para que palavras
de apoio cheguem até mim. Te amo!

Ao Du,
amor da minha vida, que se fez presente nos
grandes momentos desta trajetória, de maneira
atenciosa, cuidadora e compreensiva.
Uma maravilhosa surpresa em minha vida.
Amo você!

A toda equipe de trabalho no Hospital Dr. Anísio Figueiredo, em especial as colegas Aline Moscato e Rosemeire Pestana que se mostraram compreensivas com meus períodos de ausência e dedicadas ao trabalho. Isto foi essencial para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

A Bruna Luiza, minha amiga, que além da amizade me proporcionou, com sua expertise, momentos de grande aprendizado para esta tese. Obrigada minha amiga.

A amiga e ex-colega de trabalho Regina Célia Adamuz pelas palavras de incentivo para que eu iniciasse este processo. Você estará sempre em meu coração.

A amiga Marli Vannuchi por também me encorajar a continuar minha formação acadêmica e ingressar no doutorado. Obrigada sempre!!!

A minha orientadora, Brígida Gimenez Carvalho que com sabedoria, paciência e respeito me conduziu neste caminho. Foi um presente tê-la como orientadora. Obrigada por tudo!

Aos demais membros da banca, **Elisabete de Fátima, Francisco Eugênio, Maria Lúcia e Juan**, primeiramente pelo aceite de participar comigo deste momento tão especial. Obrigada por apreciarem meu trabalho e contribuírem com seus conhecimentos para que ele seja finalizado da melhor maneira possível. Agradeço de coração.

Aos membros suplentes da banca de defesa desta tese, por vossa disponibilidade para contribuir com seus conhecimentos na construção deste trabalho.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelos bons momentos, ensinamentos mútuos e valiosas experiências. Vocês ficarão guardados em meu coração.

Aos entrevistados deste estudo por disponibilizarem seu tempo para contribuí-la com a execução deste trabalho.

À administração dos hospitais estudados e à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, por autorizarem a realização deste estudo. Espero que seus resultados contribuam para a qualificação da atenção hospitalar no âmbito das Redes de Atenção em Saúde.

*“Quem se coloca como um ser humano acabado
é um deus, torna-se estéril em sua mente.
Mas quem se coloca como um ser humano
em construção se torna um eterno
aprendiz, faz muito do pouco.”*

AUGUSTO CURY

BORSATO, Fabiane Gorni. **Hospitais gerais públicos de média complexidade na rede de atenção às urgências**: influência da estrutura de gestão. 2019. 194p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de compreender a dinâmica da estrutura de gestão da média complexidade hospitalar pública de uma Região de Saúde e sua influência para o desempenho destas instituições na Rede de Urgência e Emergência. Foi realizado em dois hospitais públicos de média complexidade de uma Região de Saúde, utilizando-se do método de natureza mista, a partir de dados quantitativos e qualitativos, em três momentos. No primeiro momento desenvolveu-se um estudo exploratório, com coleta de dados secundários, a partir de uma abordagem documental e; outro quantitativo, para permitir a pesquisadora aprofundar seus conhecimentos sobre o contexto estudado. Na abordagem documental buscou-se conhecer a tipologia e perfil dos hospitais, a capacidade instalada, a abrangência regional, aspectos organizacionais e sua estrutura de gestão. Utilizou-se de documentos institucionais (planos estratégicos, organogramas, contratos e convênios firmados, plano municipal e estadual de saúde, o Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte do estado e o Plano Diretor de Regionalização). Na abordagem quantitativa realizou-se a coleta de dados dos relatórios da Auditoria Operacional realizada pela Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde do município onde os hospitais se localizam; dos relatórios do Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco das instituições; e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Os dados quantitativos referiram-se ao período de janeiro de 2016 a junho de 2017, sendo os documentos analisados vigentes no mesmo período. No segundo momento foi utilizada abordagem qualitativa, com entrevistas realizadas com sete atores envolvidos na estrutura de gestão dos hospitais para atuação da Rede de Urgência e Emergência. Em um terceiro momento, foi realizada a Triangulação de Métodos, relacionando dados qualitativos aos elementos documentais e quantitativos, com posterior aplicação da análise hermenêutica de Paul Ricoeur. A média complexidade hospitalar estudada constitui-se de instituições estaduais localizadas em um município responsável pela gestão total do sistema de saúde e, desta maneira, possui relação estreita com as diretorias dos hospitais estudados. Esta relação é estabelecida por meio de um contrato firmado que envolve também o Consórcio Intermunicipal de Saúde e prevê transferências de recursos federais para o financiamento da produção hospitalar, recebido pelo ente municipal. A análise da estrutura de gestão permitiu identificar a existência de dois núcleos (Círculo Municipal e Círculo Estadual), revelando-se complexa e atomizada com poder centralizado no gestor municipal que detém a autoridade legal, domínio dos recursos financeiros e maior capacidade produtiva na região de saúde. Ao passo em que isto acontece, existe um distanciamento do Estado que delega às diretorias das instituições a autonomia para negociações e pactuações no âmbito regional. A autonomia dos hospitais visionada pelo ente estadual se revela como um fator de risco para os processos de gestão efetivos, devido à rotatividade da gestão hospitalar que no contexto, se origina de indicações político-partidárias, relacionadas ao poder político vigente. Apesar destes hospitais se constituírem em serviços de referência para RUE, constatou-se que os mesmos possuem uma demanda instalada para os serviços de urgência e emergência majoritariamente constituída por pessoas residentes no próprio município em que estão instalados (96,2% no hospital A e 97,4% no hospital B). Desta demanda, 70,8% e 61,9% evoluem para internação nos hospitais A e B, respectivamente. Das internações, observou-se que 36,3% e 42,3% consistem em Condições Sensíveis a Atenção Primária. Os atores do estudo reconhecem as dificuldades enfrentadas pela Atenção Primária em Saúde no município como um dos determinantes de impacto na atenção hospitalar de média complexidade. Concluiu-se que, mesmo que os planos de trabalho voltados à regionalização coloquem os hospitais deste estudo como componentes da Rede de Urgência e Emergência voltados a assistência de média complexidade à 21 municípios constituintes da região de saúde, existem dificuldades de regionalização do atendimento destes serviços que, em conjunto com a centralização do poder localmente, revela a atomização do sistema municipal. A dissociação apresentada pela estrutura de gestão analisada nesta pesquisa evidencia o aumento de poder centralizado no ente municipal enquanto o Estado se envolve na sustentação estrutural dos hospitais e nas diretrizes de gestão que, como exposto, pouco se relaciona com o ente municipal e ocorre diretamente com a gestão hospitalar, rotativa e política. Este distanciamento do Estado reflete na autonomia e poder dos atores hospitalares enquanto eleva o poder político do município nas pactuações e implementação de políticas, ficando instituições estaduais sob o comando dos interesses políticos municipais e de atendimento a demanda por atenção em saúde do território com consequentes dificuldades de regionalização dos serviços estudados. Este estudo demonstrou necessidades de revisão nos processos de gestão dos hospitais, com tentativas de resgatar o protagonismo do Estado e de seus representantes, especialmente os atores da gestão hospitalar; e inserir a problemática aqui apresentada em discussões nos espaços de governança regional.

PALAVRAS CHAVE: Hospitais, Regionalização, Assistência Integral à Saúde, Saúde Pública.

BORSATO, Fabiane Gorni. **Medium-complex public general hospitals in the emergency care network: influence of management structure.** 2019. 194p. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the dynamics of the management structure of public hospitals of medium complexity in a Health Region and its influence on the performance of these institutions in the Urgency and Emergency Network. It was performed in two public hospitals of medium complexity of a health region, using the mixed nature method, from qualitative and quantitative data, in three moments. In the first moment an exploratory study was developed, with secondary data collection, from a documentary and a quantitative approach, to allow the researcher to deepen her knowledge about the studied context. The documentary approach sought to know the typology and profile of hospitals, the installed capacity, the regional scope, organizational aspects and its management structure. Institutional documents were used - strategic plans, organization charts, contracts and agreements signed, municipal and state health plan, the Northern Macro-region Urgency and Emergency Action Plan and the Regionalization Master Plan. In the quantitative approach, data were collected from the Operational Audit reports conducted by the Health Care Regulation Board of the municipality where the hospitals are located; the reports of the Host Protocol with Risk Assessment and Classification of the institutions; and the Hospital Information System. The quantitative data refer to the period from January 2016 to June 2017, with the analyzed documents applicable in the same period. In the second moment, a qualitative approach was used, with interviews conducted with seven actors involved in the management structure of hospitals for the operation of the Urgency and Emergency Network. In a third moment, the Triangulation of Methods was carried out, relating qualitative data to the documentary and quantitative elements, with subsequent application of Paul Ricoeur's hermeneutic analysis. The medium complexity hospital care studied consists of state institutions located in a municipality responsible for the total management of the health system and, thus, has a close relationship with the directors of the hospitals studied. This relationship is established through a contract signed that also involves the Intermunicipal Health Consortium and provides for transfers of federal resources to finance hospital production, received by the municipal entity. The analysis of the management structure allowed the identification of the existence of two cores (Municipal Circle and State Circle), proving to be complex and atomized with power centralized in the municipal manager who has legal authority, mastery of financial resources and greater productive capacity in the health region. As this happens, there is a distancing from the State that delegates the autonomy to the negotiations and agreements at the regional level to the directors of the institutions. The autonomy of hospitals envisaged by the state entity reveals itself as a risk factor for effective management processes, due to the turnover of hospital management that in the context, originates from political-party indications, related to the current political power. Although these hospitals are reference services for Urgency and Emergency Network., it was found that they have an installed demand for urgency and emergency services, mostly consisting of people living in their own municipality (96.2% in hospital A and 97.4% in hospital B). From this demand, 70.8% and 61.9% progress to hospitalization in hospitals A and B, respectively. From the hospitalizations, 36.3% and 42.3% consisted of Ambulatory Care Sensitive Conditions. The study actors recognize the fragility of Primary Health Care as one of the determinants of impact on medium complexity hospital care. It was concluded that, even though the work plans aimed at regionalization place the hospitals in this study as components of the Urgency and Emergency Network aimed at medium complexity assistance to 21 constituent municipalities in the health region, there are difficulties in regionalizing the care of these services which, together with the centralization of power locally, reveals the atomization of the municipal system. The dissociation presented by the management structure analyzed in this research evidences the increase of centralized power in the municipal entity while the State is involved in the structural support of hospitals and in the management guidelines that, as exposed, has little relationship with the municipal entity and occurs directly with hospital, rotational and political management. This distancing from the State reflects the autonomy and power of hospital actors while raising the political power of the municipality in the pacts and implementation of policies, leaving state institutions under the command of municipal political interests and meeting the demand for health care in the territory with consequent difficulties regionalization of the services studied. This study demonstrated the need for revision in the management processes of hospitals, with attempts to recover the role of the State and its representatives, especially the actors of hospital management; and insert the problem presented here in discussions in the regional governance spaces.

KEYWORDS: Hospitals, Regionalization, Comprehensive Health Care, Public Health.

BORSATO, Fabiane Gorni. **Hospitales públicos generales de complejo médio em la red de atención de emergências**: influencia de la estructura de gestión. 2019. 194p. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la dinámica de la estructura de gestión de la complejidad de los hospitales públicos medios en una Región de Salud y su influencia en el desempeño de estas instituciones en la Red de Urgencias y Emergencias. Se realizó en dos hospitales públicos de mediana complejidad en una región de salud, utilizando el método de naturaleza mixta, utilizando datos cualitativos y cuantitativos, en tres etapas. En el primer momento, se desarrolló un estudio exploratorio, con recolección secundaria de datos, desde un enfoque documental y cuantitativo, para permitirle al investigador profundizar su conocimiento del contexto estudiado. En el enfoque documental, buscamos conocer la tipología y el perfil de los hospitales, la capacidad instalada, la cobertura regional, los aspectos organizativos y su estructura de gestión. Se utilizaron documentos institucionales (planes estratégicos, organigramas, contratos y acuerdos firmados, planes de salud municipales y estatales, el Plan de Acción de Urgencia y Emergencia para la macro región norte del estado y el Plan Maestro de Regionalización). En el enfoque cuantitativo, los datos fueron recolectados de los informes de Auditoría Operativa realizados por la Dirección de Regulación de Atención Médica del municipio donde se encuentran los hospitales; los informes del Protocolo de recepción de la institución con evaluación y clasificación de riesgos; y el Sistema de información hospitalaria (SIH / SUS). Los datos cuantitativos se refieren al período comprendido entre enero de 2016 y junio de 2017, con los documentos analizados vigentes en el mismo período. En el segundo momento, se utilizó un enfoque cualitativo, con entrevistas realizadas a siete actores involucrados en la estructura de gestión del hospital para la Red de Urgencias y Emergencias. En un tercer paso, se realizó la Triangulación de Métodos, relacionando datos cualitativos con los elementos documentales y cuantitativos, con la aplicación posterior del análisis hermenéutico de Paul Ricoeur. La complejidad hospitalaria promedio estudiada consiste en instituciones estatales ubicadas en un municipio responsable de la gestión total del sistema de salud y, por lo tanto, tiene una estrecha relación con los directores de los hospitales estudiados. Esta relación se establece a través de un contrato firmado que también involucra al Consorcio de Salud Intermunicipal y prevé transferencias de recursos federales para financiar la producción hospitalaria, recibida por la entidad municipal. El análisis de la estructura de gestión permitió identificar la existencia de dos núcleos (Círculo municipal y Círculo estatal), demostrando ser complejo y atomizado con poder centralizado en el administrador municipal que tiene la autoridad legal, el dominio de los recursos financieros y una mayor capacidad productiva en la región. salud Cuando esto sucede, hay una distancia del Estado que delega la autonomía a las negociaciones y acuerdos a nivel regional a los directores de las instituciones. La autonomía de los hospitales prevista por la entidad estatal se revela como un factor de riesgo para procesos de gestión efectivos, debido a la rotación de la gestión hospitalaria que, en el contexto, se origina en las indicaciones de los partidos políticos, relacionadas con el poder político actual. Aunque estos hospitales constituyen servicios de referencia para RUE, se descubrió que tienen una demanda instalada de servicios de urgencia y emergencia, principalmente compuestos por personas que residen en el mismo municipio en el que están instalados (96.2% en el hospital A y 97.4% en el hospital B). De esta demanda, 70.8% y 61.9% progresan a hospitalización en los hospitales A y B, respectivamente. De las hospitalizaciones, se observó que el 36,3% y el 42,3% consisten en afecciones sensibles a la atención primaria. Los actores del estudio reconocen las dificultades que enfrenta la Atención Primaria de Salud en la ciudad como uno de los determinantes del impacto en la atención hospitalaria de mediana complejidad. Se concluyó que, a pesar de que los planes de trabajo destinados a la regionalización colocan a los hospitales en este estudio como componentes de la Red de Urgencias y Emergencias destinadas a la asistencia de complejidad media a 21 municipios constituyentes de la región de la salud, existen dificultades para regionalizar la atención de estos servicios. que, junto con la centralización del poder localmente, revela la atomización del sistema municipal. La disociación presentada por la estructura de gestión analizada en esta investigación evidencia el aumento del poder centralizado en la entidad municipal, mientras que el Estado está involucrado en el apoyo estructural de los hospitales y en las pautas de gestión que, como se expone, tiene poca relación con la entidad municipal y ocurre directamente con gestión hospitalaria, rotativa y política. Este distanciamiento del Estado refleja la autonomía y el poder de los actores hospitalarios al tiempo que aumenta el poder político del municipio en los pactos y la implementación de políticas, dejando a las instituciones estatales bajo el mando de los intereses políticos municipales y satisfaciendo la demanda de atención médica en el territorio con las consiguientes dificultades. regionalización de los servicios estudiados. Este estudio demostró la necesidad de revisión en los procesos de gestión de los hospitales, con intentos de recuperar el papel del Estado y sus representantes, especialmente los actores de la gestión hospitalaria; e inserte el problema presentado aquí en las discusiones en los espacios de gobernanza regional.

PALABRAS CLAVE: hospitales, regionalización, atención integral de salud, salud pública.

LISTA DE TABELAS

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

- TABELA 1** Metas qualitativas constantes do Contrato firmado em 2014 e a produção real realizada mensalmente, nos hospitais estudados, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017..... 103

ARTIGO 2

- TABELA 1** Médias de atendimentos hospitalares por critério de regulação ou não regulação e resposta ao chamado por atendimento, nas Unidades de UE dos hospitais A e B, janeiro de 2016 a julho de 2017 112
- TABELA 2** Média mensal das internações por caráter de atendimento (urgência/emergência e eletivas), realizadas nos hospitais A e B, no período de janeiro de 2016 a julho de 2017 114
- TABELA 3** Distribuição dos números de internações nos hospitais de média complexidade A e B e do percentual de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017..... 115
- TABELA 4** Valores totais gastos com as internações hospitalares nos hospitais A e B, valores e percentuais gastos por internações por CSAPs, janeiro de 2016 a junho de 2017 115

ARTIGO 3

- TABELA 1** Relação existente entre população, leitos gerais total e SUS existentes em 2016 e média mensal de internações SUS realizadas, conforme perfil, na Região de Saúde, no município e na MCH, 2016-2017..... 134

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Modelo Teórico-Explicativo	45
FIGURA 2	Representação da Triangulação de Métodos, com a utilização dos elementos documentais, qualitativos e quantitativos	61
FIGURA 3	Círculo Crítico-Hermenêutico.....	63

ARTIGO 1

FIGURA 1	Fluxo demonstrativo das etapas percorridas na seleção dos estudos	72
FIGURA 2	Distribuição dos estudos analisados por área temática, janeiro de 2011 a junho de 2018.	74
FIGURA 3	Esquema de relações entre os fundamentos das RAS proposto por Mendes, as variáveis analisadas e as categorias de análise criadas.	76

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

FIGURA 1	Representação gráfica da estrutura de gestão e da relação entre os atores envolvidos na gestão dos hospitais A e B, para atuação na RUE e na implementação de políticas voltadas para a área da urgência e hospitalar, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017	96
-----------------	--	----

ARTIGO 2

- FIGURA 1** Distribuição das médias percentuais de atendimentos segundo as categorias do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), nos Hospitais A e B, de janeiro de 2016 a julho de 2017 113

ARTIGO 3

- FIGURA 1** Representação gráfica da estrutura de gestão e da rede de atores envolvidos na gestão dos hospitais A e B, para atuação na RUE e na implementação de políticas voltadas para a área da urgência e hospitalar, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017..... 132

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Fases do tratamento dos dados qualitativos do estudo e fases da interpretação do discurso proposta por Ricoeur	62
-----------------	--	----

ARTIGO 1

QUADRO 1	Descrição dos estudos selecionados e o percentual obtido por ano de publicação, janeiro de 2011 a julho de 2018	73
-----------------	---	----

QUADRO 2	Fundamentos das redes de atenção à saúde propostos por Mendes (2011) e seus conceitos	75
-----------------	---	----

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

QUADRO 1	Descrição das vias de financiamento dos hospitais em estudo, formas de contratualização e características de cada recurso, Paraná, período de janeiro de 2016 a junho de 2017	105
-----------------	---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP/HT/SESA	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde
CRL	Central de Regulação de Leitos
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DRAS	Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde
DUES	Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde
EE	Economia de Escala
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EU	Urgência e Emergência
FES	Fundo Estadual de Saúde

FNS	Fundo Nacional de Saúde
GHA	Gestão Hospitalar A
GHB	Gestão Hospitalar B
GM	Gestão Municipal
HG	Hospitais Gerais
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MAS	Autarquia Municipal de Saúde do Município
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretores de Regionalização
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
POA	Plano Operativo Assistencial
PUBMED	United States National Library of Medicine at the National Institutes of Health
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RAU	Rede de Atenção as Urgências

RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergência
RM	Regulação Municipal de Urgências
RMGSP	Região Metropolitana da Grande São Paulo
RMR	Regulação Macrorregional de Urgências
RP	Redes de Políticas
RS	Região de Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
2.1 AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE	34
2.2 REDES DE POLÍTICAS	38
2.3 MODELO TEÓRICO-EXPLICATIVO	44
3 OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GERAL	48
3.2 OBJETIVOS ESPECIAIS	48
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 PRIMEIRO MOMENTO - TECENDO CONHECIMENTOS SOBRE O CENÁRIO DE ESTUDO	52
4.2 SEGUNDO MOMENTO - COMPREENDENDO A RELAÇÃO ENTRE OS ATORES E SUA INFLUÊNCIA PARA ATUAÇÃO DOS HOSPITAIS NA RUE	54
4.2.1 SUJEITOS DA PESQUISA	55
4.2.2 COLETA DOS DADOS	55
4.3 TERCEIRO MOMENTO: ANÁLISE CRÍTICO-HERMENÊUTICA	57
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	64
5 RESULTADOS	65
5.1 ARTIGO 1: HOSPITAIS GERAIS: INSERÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE E FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATUAÇÃO	67
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	90

5.2.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS	90
5.2.2	PERFIL INSTITUCIONAL	91
5.2.3	A GESTÃO ESTADUAL E A GESTÃO MUNICIPAL	93
5.2.4	A ESTRUTURA DE GESTÃO, OS ATORES E OS PROCESSOS ENVOLVIDOS	95
5.3	ARTIGO 2: HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O QUE SUA PRODUÇÃO REVELA?	108
5.4	ARTIGO 3: ATUAÇÃO DE HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO ENTRE ATORES ENVOLVIDOS NA GESTÃO	125
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS	153
	APÊNDICE	
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	169
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	171
	ANEXOS	
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	173
	ANEXO B – NORMAS – REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	176
	ANEXO C – NORMAS – REVISTA SAÚDE EM DEBATE	184
	ANEXO D – NORMAS – REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	190

Apresentação

A vivência colhida ao longo nove anos de atuação como enfermeira de um hospital geral público de média complexidade tem me levado a refletir sobre importância e representatividade desta instituição no âmbito municipal, regional e estadual.

Neste período, atuando tanto na enfermagem assistencial, em atendimentos de Urgência e Emergência, quanto em áreas administrativas, observei diversas características que envolvem o perfil assistencial da Média Complexidade Hospitalar, especialmente dos atendimentos realizados na “porta de entrada” da instituição onde atuo.

Percebi também, neste período, que a gestão desta instituição hospitalar acontece envolvendo diversos atores. Possui a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) como mantenedora e encontra-se sob gestão municipal, uma vez que se localiza em um município gestor de todo o sistema de saúde localizado em seu território. Desta maneira, os atores inseridos em seu arranjo de gestão estão vinculados às instâncias estadual ou municipal, envolvidos na gestão direta das unidades hospitalares ou indireta, como apoiadores na condução das ações de planejamento e organização da assistência em rede e na busca pelo alcance de objetivos e metas de regionalização, estabelecidas para a conformidade do atendimento a população. Neste contexto, observam-se potenciais fatores intervenientes como as condições históricas envolvidas e os interesses e poderes relacionados a cada ator.

Iniciei minha formação de pós-graduação na área da enfermagem, tendo finalizado em 2011 a Residência em Gerência de Serviços de Enfermagem e posteriormente, em 2013, o mestrado em enfermagem com enfoque em Gestão da Qualidade. Em 2016 contei com a feliz oportunidade de ingressar no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como doutoranda da linha de pesquisa de Políticas, Gestão e Planejamento, visualizando a oportunidade de, com o apoio da academia e de minha orientadora Brígida Gimenez Carvalho, desenvolver uma análise mais aprofundada do funcionamento e da estrutura de gestão da média complexidade hospitalar, as relações existentes entre os atores e o que estas características podem influenciar na

atuação deste nível de atenção enquanto componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Considerando a existência de outra instituição com perfil gerencial semelhante, localizada no mesmo município, incorporei-a também no objeto deste estudo, na tentativa de agregar mais valor aos achados.

Tenho a expectativa de que esta tese e seus resultados possam contribuir para os debates no âmbito da Saúde Coletiva, nutrindo os interesses de fortalecer as discussões referentes à atenção hospitalar no âmbito da atenção em redes e na aplicação das diretrizes ministradas pelas Políticas Públicas de Saúde, distanciando o negligenciamento desta importante área nos estudos em Saúde Coletiva.

1 Aspectos Introdutórios

O processo de democratização no Brasil, a partir da Constituição Cidadã de 1988, anunciava a construção de uma nova relação entre o Estado e a sociedade. Na saúde, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciou-se uma oportunidade de remodelagem político administrativa do sistema a partir da socialização do poder, impactando principalmente na aplicação de políticas de saúde (ANDRADE, 2006; PASCHOALOTTO et al., 2018).

A descentralização do sistema, como proposta de transferência de poder, responsabilidades e recursos do nível central para o estadual e municipal, teve seu desenvolvimento desencadeado no início da década de 90, a partir do movimento pela municipalização, pautado em um arcabouço normativo inaugurado pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS (BRASIL, 1993, 1996; PINAFO, 2016; SOUZA, 2001; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Este processo resultou em alguns pontos positivos evidenciados pelo aumento de transferências de recursos do nível central para o estadual e municipal, pelo fortalecimento da capacidade institucional dos estados e municípios, e pela expansão das redes locais de serviços de saúde (SOUZA, 2001). Atribuiu-se competências aos entes federativos de forma que os municípios passaram a se responsabilizar por seus planos e pela execução dos serviços prestados em seu âmbito. Aos Estados foram transferidos os papéis de coordenadores das ações de apoio aos municípios em sua jurisdição; e ao nível federal a condução da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1991; PASCHOALOTTO et. al., 2018).

Por outro lado, apesar de se manter como diretriz operacional importante para a implementação dos princípios do SUS e representar uma transformação no sentido da transição de um sistema centralizado para um modelo de autonomia dos entes municipais, alguns entraves foram encontrados. A rigidez e detalhamento exagerado das NOB limitaram a operacionalização da descentralização, instituindo sistemas municipais com diferentes potenciais resolutivos, diferentes capacidades de gestão dos atores envolvidos e com pouco apoio técnico das esferas estadual e federal (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Naquele momento, o desenvolvimento da descentralização se deu a partir da capacidade instalada existente, herdada do antigo modelo, que acarretou a aplicação do financiamento vinculada à lógica da oferta de serviços e à série histórica de gastos, levando a expansão do sistema sem considerar a distribuição planejada e articulada segundo as necessidades de saúde do território (MAGALHÃES JUNIOR, 2014; SOUZA, 2001). Da maneira como aconteceu, não foi possível garantir o atendimento às demandas da população, devido às características heterogêneas das diferentes regiões do país (financeiras, administrativas e operacionais), desvinculação do processo de gestão pautado nas necessidades de saúde do território, frágil articulação da gestão, de seus serviços e das práticas assistenciais e conseqüentemente, problemas de acesso (PINAFO, 2016; SHIMIZU, 2013). Diferentes disposições políticas entre os envolvidos na gestão dos serviços de saúde foram evidenciadas, levando a dificuldades de planejamento regional e a questionamentos referentes à capacidade das esferas municipais em gerir as Políticas Públicas (PINAFO, 2016).

Logo em 2001, no sentido da regionalização do sistema, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), reformulada em 2002, foi fruto de debates que, ao contrário das normas estabelecidas anteriormente, não se concentraram unilateralmente na figura do Ministério da Saúde e discutiram acerca da descentralização político administrativa com enfoque na maior articulação entre os sistemas municipais e com o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para a garantia da organização em redes assistenciais regionalizadas (BRASIL, 2001, 2002; SOUZA, 2001). Assim, dava-se início a formulação de diretrizes para a descentralização com ênfase na regionalização, com orientações para a elaboração de Planos Diretores de Regionalização (PDR) e fortalecimento das capacidades gestoras do SUS (BRASIL, 2002; SOUZA, 2001).

Em 2006, foi elaborado o Pacto pela Saúde que, mediante as iniquidades do território brasileiro, pretendeu promover um movimento no sentido da regionalização da atenção a saúde a partir de formatos operativos que

considerassem as singularidades regionais, elaborar políticas regionais e conseqüentemente estruturar as redes para enfrentar a dimensão territorial (BRASIL, 2006; VIANA, 2018).

Mais tardiamente em 2011, o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, enfatizou as orientações no caminho para a instituição das Regiões de Saúde (RS) (BRASIL, 1990, 2011). Propunha-se, com o processo de regionalização no SUS, alternativas para a otimização da gestão do sistema em associação as dinâmicas territoriais, de racionalização de recursos e de aporte para a organização da Rede de Atenção em Saúde (RAS), cujas diretrizes já constavam em regulamentação própria determinada pela Portaria 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010; XAVIER et al., 2019).

A implementação das RAS representou uma proposta importante na tentativa de intercessão dos pontos de atenção, de forma dinâmica e complementar, apresentando-se como estratégia para a superação do modelo fragmentado de assistência à saúde (BRASIL, 2010; KUSCHINIR; CHORNY, 2010; LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015; VIANA et al., 2010). Todo este movimento de reconfiguração do sistema de saúde partia de uma demanda própria da população, passível de observação por meio de dados demográficos e epidemiológicos, bem como do perfil de utilização dos serviços disponíveis (MENDES, 2010).

Do ponto de vista demográfico, as estimativas indicam para uma acelerada transição, com um crescimento importante da população acima de 60 anos, chegando ao dobro de pessoas acima dessa faixa etária nos próximos 20 anos, com 30% da população total com mais de 60 anos em 2050 (PEDROSO; MALIK, 2015). E, sob a perspectiva epidemiológica, o aumento da expectativa de vida da população acarreta o aumento na morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas (RODRIGUES et al., 2014).

Entretanto, mesmo que a proposta de implementação das RAS tenha um forte componente histórico e diretrizes prescritas por meio de um arcabouço legislativo do SUS, pouco se tem efetivado no sentido de regionalizar

os serviços no amplo território brasileiro. Observa-se a má distribuição dos pontos de atenção que deveria se pautar nas necessidades da população, sistemas de governança pouco efetivos e com dificuldades de articulação; manutenção de uma assistência fragmentada, episódica e reativa as condições agudas, mantendo o padrão de utilização de serviços centrado na atenção médico-hospitalar, na figura das “portas-de-entrada” de emergência (LORENZETTI et al., 2014; MENDES, 2010).

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010, p. 2298).

Acredita-se que até 2027, ocorrerá o aumento de 46% da demanda por leitos hospitalares (BITTENCOURT, 2010). Esta ampliação no percentual de clientes potenciais dos serviços hospitalares em âmbito nacional e internacional se destaca como um fator de incremento da complexidade na gestão hospitalar, uma vez que agrava a escassez de recursos médico-hospitalares, as longas esperas por atendimento e a superlotação em virtude da demanda ampliada (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Considerando a relevância e premência das situações de saúde envolvidas e citadas acima, tem-se destaque para as discussões a respeito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), bem como do contexto da assistência médico-hospitalar (BRASIL, 2003; 2006; 2013).

Historicamente, a atenção às urgências passou a ser questionada no ano 2000, quando profissionais da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) denunciaram a falta de regulação sobre a atenção às urgências. A partir de então, bases conceituais começam a ser estruturadas e como resultado junto ao Ministério da Saúde (MS) elaborou-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2003 (BRASIL, 2003; O'DWYER et al., 2017).

A política supracitada foi instituída em quatro etapas: 1ª) até 2003 com a produção das principais normas que instituem a política; 2ª) de 2003 a 2008 com a predominância da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 3ª) de 2008 a 2009 com a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A quarta etapa foi marcada pela reformulação da PNAU, com a publicação da Portaria nº 1.600 de julho de 2011, por meio da qual também propunha a instituição da RUE no SUS, com a priorização da integração entre os componentes envolvidos na atenção às urgências e dos investimentos menos fragmentados em componentes individuais da política, em consonância com a Portaria 4.279 de 2010 que indicava para a remodelagem do sistema pautada na conformação das RAS (BRASIL, 2010; 2011; 2013).

O hospital como componente da RUE consiste em uma área que merece importantes debates, considerando a alta demanda instalada, sua representatividade cultural para a população e a historicidade envolvida na sua trajetória. Anteriormente à criação do SUS, a assistência hospitalar era tida como o centro de atenção do modelo biomédico, cujo foco era o atendimento médico, curativo e especializado. Esse modelo reforçava a ideia de hospitalocentrismo e pressionava pelo aumento no número de leitos hospitalares. Mediante a necessidade de reorganização desta estrutura no território nacional e de atribuição de novas funções a este equipamento, ao longo de 30 anos, a atenção hospitalar se pautou em documentos legais que formularam as bases para seu funcionamento (SANTOS; PINTO, 2017).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) datada de 2013, publicada por meio da Portaria Ministerial nº 3.390 e consolidada, em 2017, por meio da Portaria de Consolidação nº 2, estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar nas RAS, a todos os hospitais que prestam assistência pelo SUS (BRASIL, 2013; 2017). Por meio dela, os estabelecimentos hospitalares representam um ponto de atenção para os quais se devem definir um papel, uma missão e um perfil de atendimento condizente com o perfil demográfico e epidemiológico da população da região, acompanhando a configuração da RAS local e regional, com população de

referência e território definido e utilizando-se dos mecanismos regulatórios de acessos (demanda referenciada), com atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. Esta política traz a atenção hospitalar como um conjunto de serviços com (BRASIL, 2013):

[...] densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação [...]. (BRASIL, 2013).

No entanto, em virtude da histórica marginalização das discussões a respeito da atenção hospitalar e da fragilidade dos processos avaliativos de sua efetividade no sistema, muitas dificuldades foram encontradas no sentido de integrá-los a RAS e aos demais equipamentos de saúde. Cabe ressaltar que o movimento pela reforma hospitalar e mais tardiamente, em 2013, a elaboração da PNHOSP, não apresentaram relevância na abordagem dos problemas relacionados a atenção à saúde nesta área (VIANA et al., 2018).

Na remodelagem do sistema a partir do processo de descentralização do SUS e de regionalização com a conformação da atenção em saúde em redes, houve a difusão de novas ideias gerencialistas pautadas nas ações de melhor custo-benefício para a gestão do sistema, bem como o envolvimento de um número maior de atores sociais e relações de poder em direção ao desenvolvimento (ANDRADE, 2006; CASANOVA et al., 2018; VIANA; MIRANDA; SILVA, 2017). Tais atores, a partir de suas estruturas específicas e seus níveis de autonomia, passaram a adquirir funções diferenciadas para a coordenação da rede e de seus componentes, bem como para a implementação de políticas públicas regionalizadas (BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, 2012).

No âmbito da atenção hospitalar, evidencia-se uma complexidade gerencial que se cerca de exigências importantes como fatores de sustento de suas instituições e de implementação de políticas, como os processos regulatórios, as vias de financiamento, o desenvolvimento de tecnologias, bem como conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos

(FARIAS; ARAÚJO, 2017). Ainda, para além do estabelecimento por si só, o hospital e o pronto-socorro fazem parte da rede de assistência, como um “ponto sistêmico” integrado aos demais equipamentos de saúde, com sua vocação assistencial bem definida, através de linhas assistenciais estruturadas que ultrapassem os muros do hospital, dialogando com as demais unidades do sistema via complexo regulador (BITTENCOURT, 2010). Considera-se então, seu papel e sua complexa gestão como organização de saúde, componente de uma rede de serviços formada para garantir a integralidade e a universalidade da atenção em saúde, com diversas esferas públicas e atores envolvidos na gestão (LORENZETTI et al., 2014).

A complexidade atribuída à gestão dos sistemas e das organizações de saúde se deve a sua composição por uma diversidade de serviços, a variedade de atores com diferentes competências e funções, aos diversos processos que acontecem em um mesmo momento, bem como da necessidade de uma abordagem integrada na tomada de decisões (GOTTEMS; BITTENCOURT; SANTANA, 2016). Exigem-se processos de educação permanente dos profissionais de saúde para atuar em diversos níveis organizacionais, local e regional, de maneira estratégica com a apropriação de conhecimentos e métodos relevantes para a tomada de decisão e, conseqüentemente ampliando sua capacidade de governo (SANTOS et al., 2018).

O que se observa são evidências de um descompasso na colocação do componente hospitalar no sistema, de maneira articulada com a rede de saúde, quando se visualiza, na perspectiva do macroprocesso, situações de fragmentação da atenção e desarticulação dos equipamentos de saúde voltados para as ações de vigilância, prevenção, bem como de regulação do sistema com suas linhas de comunicação (MALTA; MERHY, 2010). Na mesma perspectiva, os atores envolvidos na gestão da atenção hospitalar, em geral, operam de forma isolada, verticalizada, sem a integração necessária para a operacionalização do trabalho e assistência em rede, fortalecendo as barreiras de acesso aos serviços e potencializando o ciclo da desassistência e superlotação dos estabelecimentos (GOTTEMS; BITTENCOURT; SANTANA, 2016). São

comuns divergências interpessoais e seus decorrentes conflitos que se sustentam em disputas de interesses pessoais e profissionais, bem como em relações de poder (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

No contexto em estudo, tem-se como objeto de análise a Média Complexidade Hospitalar (MCH) pública de uma RS, que se compõe de duas instituições hospitalares vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e instaladas em um município responsável pela gestão de todo o sistema de saúde de seu território. Estas unidades estão inseridas nas RAS e, especialmente na RUE, com uma organização aparentemente complexa, tanto no âmbito da gestão como de seu funcionamento, envolvendo diversos atores nos processos de administração em rede e de implementação de políticas públicas.

Considerando o cenário apresentado, a elaboração desta tese busca responder as seguintes indagações: como se dá o processo de gestão da MCH pública de uma RS? Qual a influência da estrutura de gestão e da relação entre os atores envolvidos para o desempenho da MCH estudada na RUE?

Parte dos resultados deste estudo será apresentada no formato de artigos científicos, encaminhados para publicação em periódicos da área. Inicialmente será apresentado o Artigo 1, já aceito para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva, originado de um *scoping review* que traz uma revisão a respeito da inserção dos hospitais gerais nas RAS. Este trabalho oportunizou a pesquisadora aprofundar seus conhecimentos e tecer um embasamento a respeito da atual representatividade destas instituições no sistema de saúde.

Em seguida, como introdução da exposição dos resultados desta pesquisa, tem-se a caracterização do objeto de estudo no âmbito sócio-político e organizacional, adquirido por meio de análise documental. Este momento permitiu ampliar os conhecimentos a respeito do fenômeno estudado, no qual apresenta-se o perfil assistencial da MCH estudada bem como estrutura de atores envolvidos em sua gestão.

Sequencialmente, são apresentados o segundo e o terceiro artigos desta tese. O primeiro, já aceito para publicação na Revista Saúde em

Debate, com os elementos quantitativos cujo conteúdo também apoia a pesquisadora no conhecimento do objeto de estudo. E por fim, o terceiro artigo apresenta uma triangulação de métodos a partir dos elementos documentais, quantitativos e da abordagem qualitativa realizada por meio de entrevistas com os atores envolvidos na gestão da MCH estudada, cuja análise foi apoiada no referencial metodológico de análise da Hermenêutica-Crítica de Paul Ricoeur.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos nesta tese, optou-se por utilizar os dois seguintes referenciais para a discussão dos resultados: Redes de Atenção em Saúde (RAS) e o conceito de Redes de Políticas (RP).

Inicialmente, a utilização do referencial de Redes de Atenção em Saúde (RAS) e suas bases teórico-conceituais de organização do sistema de saúde de maneira regionalizada e articulada veio ao encontro da necessidade de conhecer o contexto político e organizacional das instituições estudadas, bem como a atuação das mesmas na RUE regionalizada e suas configurações (MENDES, 2011). Este referencial foi utilizado nas discussões dos resultados da etapa descritiva e exploratória do estudo.

Sequencialmente e de maneira complementar, utilizou-se o conceito de Redes de Políticas (RP) proposto por Fleury e Ouverney (2007), para nortear as discussões a partir da análise da rede de atores envolvidos na estrutura de gestão da MCH em estudo e as relações existentes entre eles, bem como o impacto desta realidade na atuação destas instituições na RUE regional e na implementação das políticas nacionais e estaduais de saúde envolvidas no contexto.

2 Referencial Teórico

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

As RAS consistem em conjuntos de serviços de saúde que se vinculam entre si, com uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente (LAPÃO et al., 2017). Constituem-se de estruturas em que os serviços integrantes se inter-relacionam como pontos de intercessão, de forma dinâmica e complementar, exercendo suas funções e aplicando pessoas e organizações em funções específicas (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015).

“A Rede de Atenção à Saúde é definida como 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 integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Para Malta e Merhy (2010), a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, em que cada serviço deve se constituir como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma “estação” no circuito que o indivíduo percorre para obter a atenção em saúde que necessita. Cabe o desafio de “conectar” estes pontos assistenciais, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde.

Já na Constituição Federal, em seu artigo 198, o conceito de RAS já se apresentou implícito no trecho que versa que “*as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]*” (BRASIL, 1988). Configurada como meta por meio da portaria ministerial nº 4.279 de 2010, a proposta das RAS consiste em concretizar a integração entre os serviços e ações de saúde prestadas nos territórios, com uma articulação e superação das barreiras municipais, alcançando a dimensão regional para a implementação da atenção (BRASIL, 2010; COSTA; SANTOS, 2014).

Segundo Mendes (2011), a forma como se organiza a RAS define as particularidades dos processos descentralizadores mediante outros setores sociais. Equipamentos de saúde de diferentes densidades tecnológicas passam a

se estruturar em uma rede de pontos de atenção, distribuídos espacialmente de maneira otimizada.

Para melhor entendimento da organização do sistema de saúde em redes, vale a pena considerar os cinco fundamentos propostos por Mendes (2011), que regem a respeito da distribuição dos equipamentos de saúde com base nas necessidades do território, as integrações e as articulações a serem efetivadas entre estes equipamentos, a otimização dos recursos entre os serviços e os arranjos formados a partir do agrupamento dos estabelecimentos por níveis de complexidade (MENDES, 2011):

- I. **Economia de escala, qualidade e acesso** com a distribuição de serviços com menor economia de escala, de maneira mais dispersa, com recursos suficientes e para o qual a distância é fator fundamental de acessibilidade. Os serviços com maior economia de escala devem estar alocados de maneira concentrada, uma vez que possuem recursos mais escassos e para o qual a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011).
- II. **Territórios sanitários** no planejamento da assistência com base nas características territoriais e da população.
- III. **Processos de integração horizontal e vertical** entre as unidades de produção e com equipamentos sociais semelhantes e entre os demais serviços e níveis do sistema, respectivamente, visando o adensamento da produção e ganhos em escala.
- IV. **Processos de substituição** de maneira a agrupar recursos entre e nos serviços de saúde, permitindo melhores soluções, com menor custo em reposta às necessidades da população e dos recursos disponíveis.
- V. **Níveis de atenção** que trata da organização do sistema em arranjos produtivos estruturados conforme as diferentes densidades tecnológicas singulares, desde a Atenção Primária em Saúde (APS) até a atenção de média e alta complexidade.

Como primeiro nível de atenção em saúde, a APS tem a importante responsabilidade pelos cuidados primários sobre os problemas comuns de saúde, sendo a ela também proposta à coordenação do cuidado de

tal modo que os usuários sejam adequadamente direcionados aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2010). No entanto, em diversos contextos, a APS sofre dificuldades no sentido de deter condições operacionais e organizacionais, bem como simbólicas para deter a posição central de coordenação e ordenação das RAS (CECÍLIO, et al, 2012). A inserção da APS em cenários diversos e complexos, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, pode ter suas potencialidades reduzidas e colocadas em questionamento quanto a seu potencial reorganizador dos serviços e ações de saúde (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Assegurar ao usuário a continuidade da atenção, a partir da APS, consiste em garantir a integração entre os serviços da rede de maneira horizontal e vertical e um arranjo organizacional formado a partir de três elementos constitutivos (MENDES, 2011).

- ▶ A **população** organizada socialmente e vinculada a APS, a respeito da qual se deve conhecer necessidades para a implantação de práticas assistenciais.
- ▶ Os **modelos de atenção à saúde** que representam as formas de assistência aos eventos agudos e às condições crônicas.
- ▶ A **estrutura operacional** que trata dos sistemas de apoio diagnósticos, terapêuticos, de assistência farmacêutica e sistemas de informações de saúde; de sistemas logísticos (identificação dos usuários, prontuário clínico, acesso regulado e de transportes); pelo centro de comunicação que determina a coordenação dos fluxos e contra fluxos do sistema de atenção; e por fim dos modelos de governança, tratado com maior atenção neste estudo e que determina as relações de alinhamento das atividades da APS com os outros pontos atenção.

O modelo de governança em redes propõe o rompimento do processo complexo de estruturas formais das responsabilidades administrativas e a incorporação das dimensões territoriais nem sempre limitadas (COSTA; SANTOS, 2014; MENDES, 2011). Então, ao passo em que os processos de regionalização devem avançar, como alternativa de superação da amplitude regional e das disparidades populacionais e territoriais, sob a égide do pacto

federativo, diversos atores se envolvem com os mecanismos e procedimentos de gestão no âmbito regional e de maneira compartilhada (BRASIL, 2010).

Casanova et al. (2018) caracterizou a governança pela relação de diversos atores em situação de relativa autonomia, interdependentes e que tendem a não possuir subordinação formal ou controle predominante, a depender do grau de influência e recursos disponíveis. Governança consiste em um instrumento de mudança do processo político na atualidade, iluminando a entrada de múltiplos atores e ações em diversos níveis para a implementação de políticas, criando mecanismos (via recursos, contratos e acordos) que complementam a autoridade prescritiva da esfera pública e influenciam no desempenho da política pública (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2017). Em suma, define-se governança como a capacidade de exercício de autoridade, controle e poder na administração dos recursos sociais e econômicos, por meio do planejamento, da formulação e da implementação de políticas (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017).

Considerando os conceitos acima expostos, este estudo se debruça sobre este último tópico de maneira mais estreita e, a fim de delimitar um conceito como base fundamental mais aplicável ao fenômeno estudado. Neste a pesquisadora ousou utilizar o conceito de governança como Rede de Políticas (RP), que segundo Fleury e Ouverney (2006), consiste em um arranjo organizacional, de modelo policêntrico e reticular em substituição aos modelos hierarquizados e unitários, como uma possibilidade de se fazer políticas por meio da organização horizontal de atores múltiplos, distanciando-se da lógica da hierarquia e centralidade do Estado.

Esta similaridade entre os conceitos de governança e de RP consideradas neste estudo, levou a pesquisadora a utilizar RP como um complemento ao referencial de RAS, considerando que o fenômeno em estudo leva em conta as relações existentes entre os atores envolvidos na gestão da MCH em redes.

2.2 REDES DE POLÍTICAS

Com o processo de modernização, o Estado e a sociedade passaram por diversas transformações que levaram a uma diferenciação da malha social e a novas necessidades de coordenação. Na América Latina, o caminho da democratização simultâneo à crise fiscal abriu espaço para reformas política e administrativa, com nova relação entre Estado e sociedade.

Neste contexto, se torna cada vez mais presente a existência de estruturas policêntricas, com diversos atores e organizações que se relacionam para o alcance de objetivos comuns. Também, passam a ser pautadas discussões sobre estruturas de poder e organização e gestão das instituições políticas, fazendo emergir conflitos difusos, novas formas de acordos e relações de cooperação entre os atores envolvidos (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

No âmbito da ciência política, esta dinâmica ganhou o nome de “Policy Networks” ou Redes de Políticas (RP), sendo por muitos considerada uma metáfora que permite a análise do conjunto de uma organização e o direcionamento das relações para um formato horizontal facilitador da articulação de diferentes atores empenhados no processo de gestão. Cria-se, desta forma, uma malha de relações, com seus fluxos e nós que estimulam a integração e a interdependência entre os atores no sentido de alcançar ambientes mais resolutivos para enfrentamento de problemas complexos e turbulentos da gestão pública contemporânea (ANDRADE, 2006). Desta forma, consiste na união das disciplinas de política e administração para a formação de um modelo estratégico de gestão de políticas e de governança que envolve níveis locais e globais (FLEURY, 2005).

Não é estabelecido consensualmente um conceito para RP entre aqueles que lidam com políticas públicas (FERRARI; NUNES, 2008). Borzel (1998), ao discorrer a respeito deste tema, reconhece esta diversidade e a trata como babilônica e detentora do caos conceitual. Para ela, as explicações teóricas sobre as RP podem ser divididas em duas correntes distintas, porém não

excludentes: a escola de governação e a escola da intermediação de interesses (BORZEL, 1997).

A Escola de governação tem origem alemã e considera RP como forma específica de governos modernos, centrando-se nas estruturas e processos por meio dos quais as políticas se estruturam (FLEURY, 2005). Trata estas redes como forma alternativa de governança, a partir da demonstração dos diversos atores e das relações envolvidas, caracterizando uma forma de interação na política pública baseada em critérios não hierárquicos. Restringe a interação entre os atores como forma de mobilização de recursos em situações em que estes estão dispersos e baseiam-se principalmente nos trabalhos de domínio da ordem pública (BORZEL, 1998).

Já as literaturas americanas e britânicas concebem a RP como um modelo de relações entre Estado e sociedade, perseguindo o entendimento de redes como um método de análise da estrutura social (BORZEL, 1997). Esta segunda corrente deu origem a Escola da Intermediação de Interesses, que parte da crítica ao pluralismo que colocava a competição dos grupos de interesses como externas ao Estado, investigando as relações entre este e os interesses dos grupos/atores (BORZEL, 1998). Seu interesse consiste na concepção de aplicar todos os tipos de relações entre os quais se faz o intercâmbio dos recursos. Neste contexto, propõe-se a descrição de redes de acordo com determinados atributos: institucionalização (estável/ instável), quantidade de participantes (restrito/ aberto), a configuração das políticas (setorial/ transetorial), o perfil dos atores e função prioritária da rede (FLEURY, 2005).

Apesar da diversidade de conceitos existentes, existe um ponto de intersecção, com o compartilhamento de uma definição mínima de RP (FERRARI, NUNES, 2008). Trata-se de um conjunto de relações de relativa estabilidade, de natureza não hierárquica e com interdependência. Relaciona vários atores, que compartilham interesses em relação a uma política, com o intercâmbio de recursos reconhecendo que a cooperação é a mais interessante via de alcance dos objetivos comuns (BORZEL, 1998).

Mesmo que existam conceitos para as RP, evidencia-se que não se tem uma compreensão evidente de como as relações são processadas, de como as estratégias são formadas a partir dos atores e de que maneira se dá o acesso aos diferentes recursos de poder na definição das alianças. Enfrentar a complexidade dos problemas atuais, a diversidade de atores envolvidos nos processos de enfrentamento e o volume de interesses conflitivos existentes são os fatores que impulsionam o florescimento e desenvolvimento das RP (ANDRADE, 2006).

A lógica das RP permite conceber o “fazer políticas” a partir de uma perspectiva de organização horizontal de atores múltiplos, distanciando-se da lógica da hierarquia e centralidade do Estado para a condução dos processos de gestão. É constituída de relações estáveis, com a vinculação de diversos atores com objetivos comuns com relação à determinada política e que buscam o intercâmbio e organização de recursos em prol de uma ação coletiva pautada na cooperação para o alcance das metas (ANDRADE, 2006; BORZEL, 1997; FLEURY, 2005).

A formação da “governança multinível” e o envolvimento de diversos atores ocorrem em diferentes tipos de relações intra e interinstitucionais, sendo em um governo conjunto, em um governo holístico ou na forma de *shared governance*, quando inicia na esfera pública e direciona-se para outros atores. Com isso o modelo tradicional hierárquico deixou de ser o único modelo estabelecido no regimento de relações, ao mesmo tempo em que surgem as relações de rede, com base na negociação, contratos e consórcios (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2017).

Do ponto de vista estratégico, a gestão de redes consiste em um grande desafio, se constituindo de uma gerência intergovernamental, por meio de redes inter-organizacionais cujo enfoque está na solução de problemas, no comportamento estratégico de comunicação como habilidades para alcançar a coordenação e o controle (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

As diversas formas de interação entre atores *versus* Estado inserem-se em um contexto sócio-estrutural potencialmente capaz de afetar o

desempenho e os resultados, reforçando a ideia de que variáveis sociais não podem ser ignoradas na elaboração de políticas, com risco de elaborar interpretações erradas sobre a realidade. A estrutura social apresenta-se como rede que pode afetar resultados ao agir sobre o fluxo e a qualidade das informações; como importantes fontes de recompensa e punição; e a partir das relações de confiança mediante o comportamento dos atores (FERRARI; NUNES, 2008). Assim, faz-se necessário que se entenda os fenômenos em redes a partir de um olhar sobre a construção social conformada a partir da interação entre os participantes que desenvolvem suas percepções e constroem suas experiências.

Considerando a participação de diferentes atores sociais na implementação de políticas públicas, a dinamicidade de suas interações e a adaptação de suas funções de acordo com o tempo, a complexidade passa a ser uma característica destes arranjos (PASCHOALOTTO et al., 2018). O jogo de interesses é negociado de acordo com objetivos particulares, evidenciando que a política não consiste apenas em um resultado imposto por uma cúpula governamental a ser implantado na realidade, mas é também um objeto de co-produção pela atuação de atores. Surgem diversas outras novas relações sociais e políticas de caráter dinâmico, com mistura de poderes que possibilitam transformações econômicas e sociais (ANDRADE, 2006).

Nesta perspectiva, cabe uma breve discussão sobre poder cujas manifestações lhes conferem diversos debates e incontáveis formas de conceituação (REED, 2014). É tratado a partir de uma extensa produção teórica, sendo considerado detentor de um considerável peso explicativo na compreensão das organizações (CECÍLIO, MOREIRA, 2002).

Parsons, em 1963, conceituou poder como a capacidade de um sistema social de mobilizar recursos para atingir objetivos coletivos e diferencia quatro maneiras de exercícios do poder: a persuasão, a ativação de compromissos, o incentivo e a coação.

Mais tardiamente, Max Weber (1978) colocou de maneira clara e sintética, o poder como um aspecto que permite ao indivíduo ou a um grupo

realizar suas vontades e atender seus interesses em uma ação social mesmo mediante a resistência de outros participantes da ação.

Em 1980, Foucault trouxe alguns argumentos que contestavam o fato de que o poder consistisse em algo que se pudesse "ter", considerando-o como algo difuso e anônimo, que produz tanto as instâncias geradoras ou as matérias-primas de poder (corpos, populações, leis etc.) quanto os próprios agentes que o exercem (REED, 2014).

Em uma linha mais recente observa-se uma tendência mais eclética na definição do conceito de poder, em que se identifica a combinação de um modelo weberiano de burocracia com outras abordagens, a exemplo de Foucault ao se pensar no tema vigilância, disciplina e controle nas organizações (CECÍLIO, MOREIRA, 2002).

Morgan, em 2002, considerou o poder como uma peça chave na análise das organizações e considera que é o meio pelo qual os conflitos se resolvem e influencia quando e como uma ação é executada. Este pensador relaciona interesses, conflito e poder como um meio prático de entender a relação entre a política e a organização, tendo o último um papel chave de determinação de diversos aspectos na vida organizacional. A política de uma organização é mais claramente manifestada nos conflitos e jogos de poder e nas intrigas interpessoais que resultam do fluxo de atividade organizacional.

A área da saúde foi uma das mais impactadas pelas mudanças na relação Estado-sociedade. Foi a partir da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) que o sistema de saúde brasileiro passou por um significativo processo de descentralização político-administrativa com o estabelecimento de um federalismo cooperativo tripartite e com um desenho regionalizado para o SUS (FLEURY, OUVÉRY, 2017). Buscou-se a ampliação da participação dos Estados e municípios no orçamento nacional e a gestão em um movimento de reforma do estado de cunho democratizante (FLEURY et al, 1997).

Posteriormente, com os processos de regionalização e constituição de sistemas de governança em busca de melhor desempenho do sistema de saúde, a ideia de descentralização se traduziu na reconfiguração das redes, introduzindo novas instâncias e atores no processo de gestão do SUS e ampliando os vínculos e relações interorganizacionais no campo das políticas públicas. Nesta perspectiva, a posição de poder relaciona-se com a influência de cada membro na construção destes arranjos organizacionais. Na medida em que a participação de cada ator se torna essencial para a manutenção da rede, seu poder aumenta, considerando a importância de suas funções no contexto, bem como das ligações de cada ator com o universo das organizações (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Fleury e Ouverney (2007), na perspectiva de redes, propuseram a análise da relação entre a distribuição dos recursos e o acúmulo de poder, considerando que recursos se encontram dispersos na medida em que as redes se estruturam por diversos atores. Colocam como recursos passíveis de análise neste contexto:

- ▶ **Capacidade produtiva:** grau de especialização e diversificação da base municipal de produção de serviços de saúde.
- ▶ **Domínio dos recursos financeiros:** financiamento dos gastos com custeio e com ampliação da capacidade produtiva por meio de investimentos.
- ▶ **Capacidade Técnica:** desenvolvimento e organização de estratégias de articulação e integração entre os serviços.
- ▶ **Autoridade legal:** legitimidade para coordenar e conduzir os processos.

Uma rede com baixa institucionalidade coletiva produz um campo de poder com distribuição caracterizada pelos clusters de recursos; e o exercício de poder se dá de maneira dispersa e mostra as possibilidades de cada ator. Entretanto, as relações de interdependência levam, paralelamente, ao compartilhamento decisório na busca pelas soluções de problemas, com um

estreitamento dos vínculos que intensificam o processo de institucionalização das relações (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

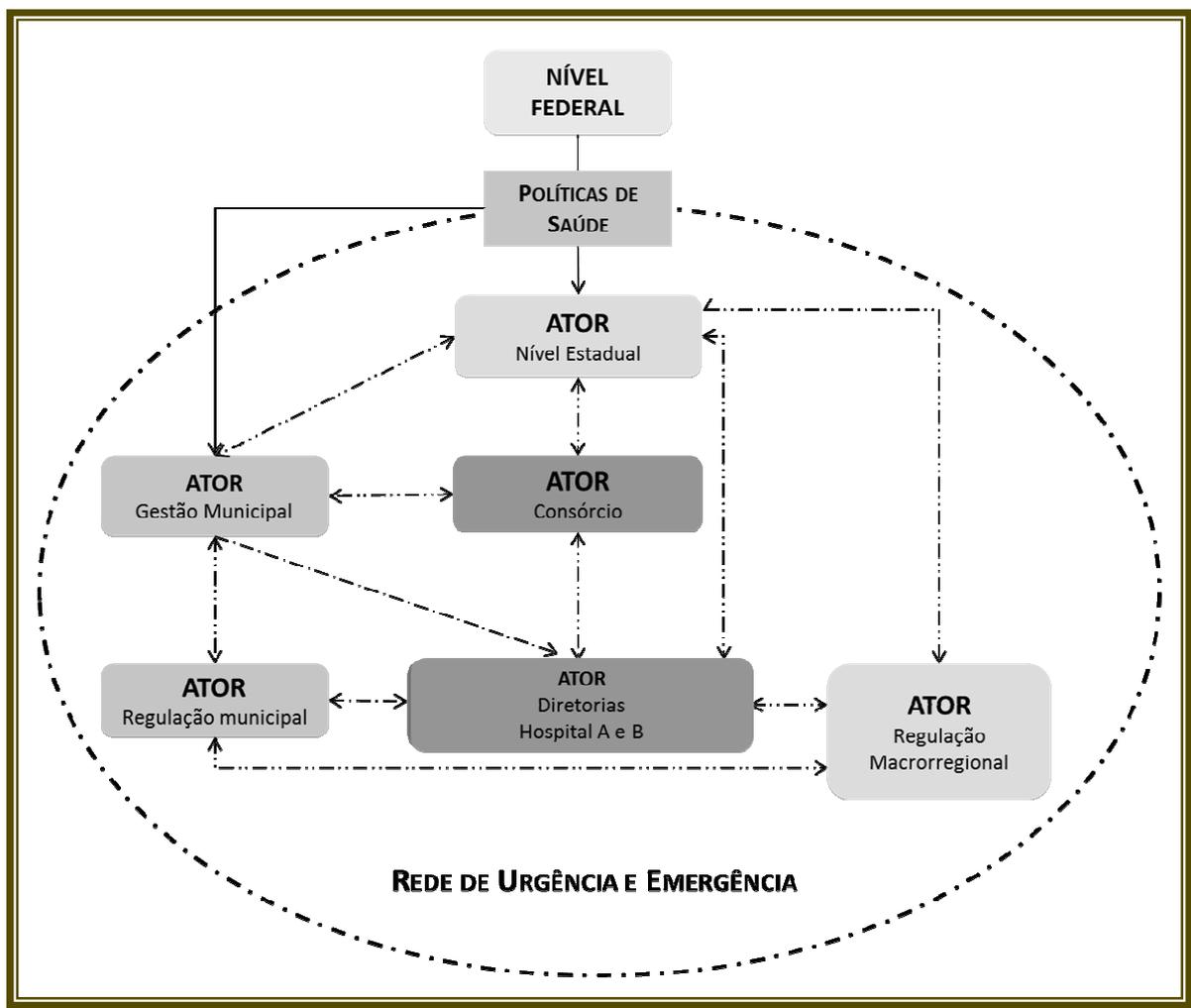
Ao mesmo tempo em que características vantajosas são encontradas na gestão de redes, outras podem criar dificuldades em sua coordenação, especialmente por: envolver numerosos participantes nos processos de negociação e geração de consensos, retardando soluções de problemas que exigem soluções rápidas; existir a possibilidade de afastamento dos participantes dos objetivos iniciais, considerando a dinâmica flexível existente; ter, em muitos momentos, falta de critérios para a participação na rede, levando a marginalização de grupos e detenção da política na mão de grupos menores; e possuir dificuldades de controle e coordenação das interdependências (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

2.3 MODELO TEÓRICO-EXPLICATIVO

Neste momento se propõe a apresentação de um modelo teórico-explicativo construído a partir da ótica da pesquisadora sobre o objeto de estudo e sua intersecção com os referenciais teóricos.

Este modelo proposto é apresentado esquematicamente na Figura 1 e representa a trama de relações existentes entre alguns atores (rede de atores) que, de maneira direta ou indireta, constituem a estrutura da MCH estudada e se envolvem nos processos relativos à inserção e funcionamento dos mesmos na rede regionalizada de Urgência e Emergência (UE).

FIGURA 1 – Modelo teórico-explicativo construído com a representação preliminar da estrutura de gestão e rede de atores envolvidos na gestão dos hospitais em estudo para atuação na Rede de Urgência e Emergência, segundo a ótica da pesquisadora.



Fonte: a autora

Levou-se em consideração, neste momento, que esta rede de atores faz parte de uma realidade complexa e subjetiva de relações e que, assim como descreve Matus (2005), o modelo proposto pode encontrar limitações uma vez que não existe uma maneira única de se enxergar uma realidade (MATUS, 2005; PINAFO, 2017).

A proposta com a construção deste modelo consistiu em demonstrar, de maneira ilustrativa e facilitadora do entendimento, a inter-relação

entre do fenômeno estudado com os referenciais de RAS e de RP, a partir da demonstração de uma construção preliminar de uma rede, com seus atores e possibilidades de relações entre eles.

O MS da saúde possui papel preponderante na indução das políticas de saúde em conjunto com os demais níveis de governo que percorre um caminho que se compõem da formulação, estabelecimento de parâmetros e regras de implementação, bem como da definição de fontes de recursos (CASANOVA et al., 2018).

A partir daí e de maneira descentralizada, visualiza-se esta rede de atores, composta por representantes da gestão estadual, pelas diretorias dos hospitais A e B que compõem a MCH estudada, pela gestão do município em que estes hospitais estão localizados, por representantes da regulação macrorregional e municipal da UE, bem como pela ação consorciada que atende os municípios da região. Estes foram eleitos pela pesquisadora, a partir da leitura preliminar da rede de atores citada anteriormente, como sujeitos desta pesquisa, que compõem uma trama interativa de relações voltadas para o desenvolvimento da atenção hospitalar na RUE, com a responsabilidade pela implementação de políticas voltadas a área, desencadeadas pelo nível federal e descentralizadas para os outros entes federados.

3 Objetivos

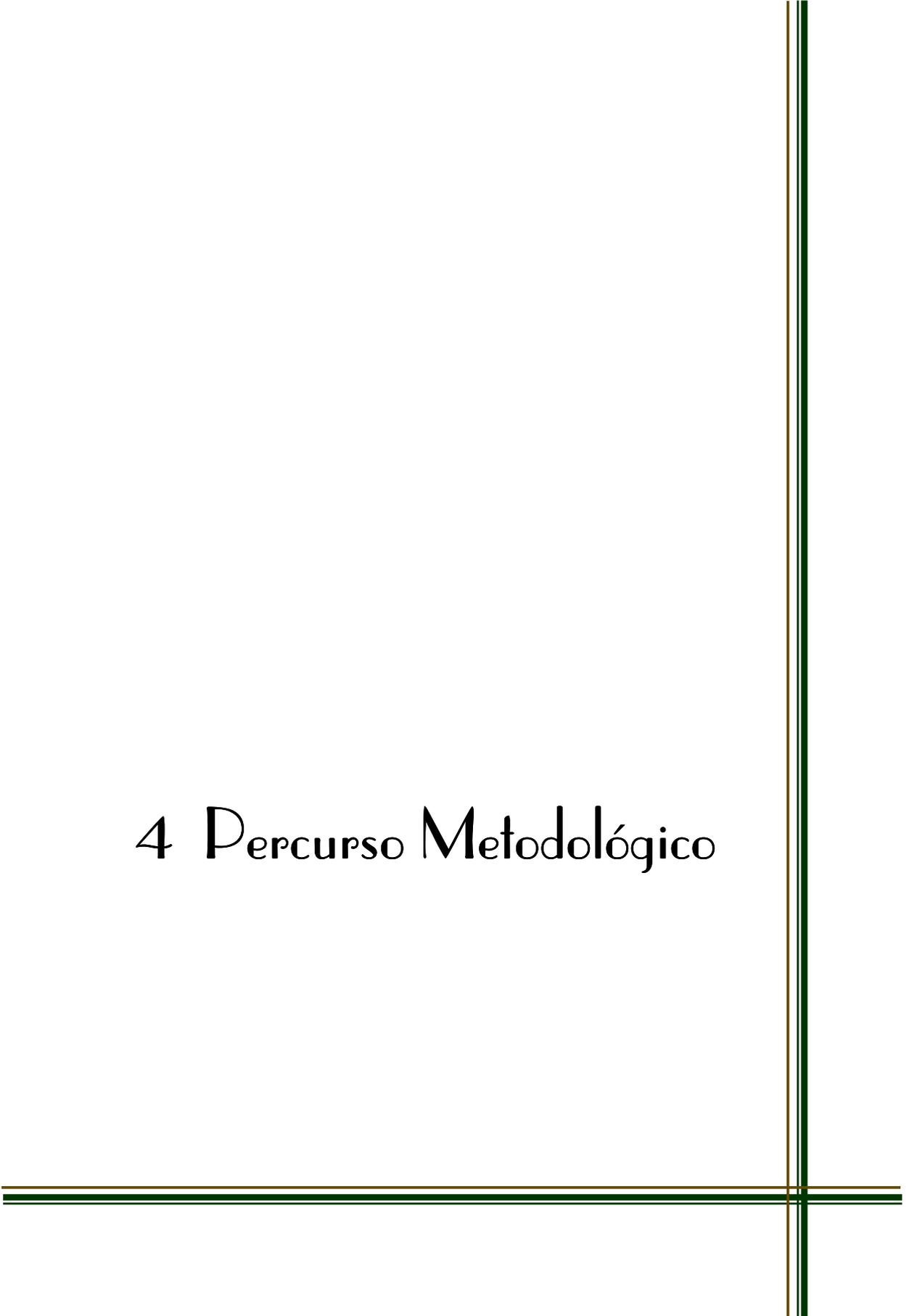
3.1 GERAL

- ▶ Compreender a dinâmica da estrutura de gestão da média complexidade hospitalar pública de uma Região de Saúde e sua influência para o desempenho destas instituições na RUE.

3.2 ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar os hospitais em estudo do ponto de vista do perfil assistencial, organizacional e da estrutura de atores envolvidos em sua gestão.
- ▶ Analisar a atuação dos hospitais em estudo na RUE segundo seus dados de produção hospitalar.
- ▶ Analisar a influência da estrutura de gestão, bem como a participação e a relação entre os diferentes atores para atuação da MCH em estudo na RUE.

4 Percurso Metodológico



O percurso metodológico ou metodologia deriva de *methodos* (organização) e *logos* (estudo, pesquisa, investigação), consistindo no artifício que proporciona aos pesquisadores a organização de uma pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Portanto, refere-se dos caminhos a serem percorridos na investigação do fenômeno com o detalhamento dos procedimentos que conduzem a operação “conhecer, agir e fazer” (FACHIN, 2017).

Desta maneira, esta seção tem a intenção de descrever as etapas percorridas para o desenvolvimento deste estudo, partindo da ideia de aplicar metodologias que se adequem ao fenômeno pesquisado que consiste na análise da influência da estrutura de gestão da MCH e da relação dos atores envolvidos, em sua atuação na RUE.

Para tanto, foi realizado um estudo de natureza mista com a utilização de dados quantitativos e qualitativos que, segundo Creswell e Clark (2011), consiste em uma alternativa para uma melhor resposta aos questionamentos levantados no estudo. A partir daí, utilizou-se da abordagem crítico-hermenêutica de análise dos dados, tendo como base o referencial teórico adotado e um conjunto de técnicas de coleta e de análise do material empírico que permitissem a compreensão da realidade estudada. Esta construção foi organizada em três momentos, descritos a seguir.

Inicialmente, foi realizado um estudo exploratório que consiste em uma pesquisa preliminar realizada, dentre outros motivos, para satisfazer o desejo de maior compreensão e familiaridade com o fenômeno pesquisado de forma que as investigações posteriores fossem projetadas com maior precisão (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). No contexto do presente estudo, a busca pela melhor compreensão do cenário do estudo envolveu uma análise documental e de dados quantitativos de produção hospitalar. Este momento permitiu conhecer os hospitais em estudo no que tange seu perfil assistencial, organizacional, suas estruturas de gestão e representatividade no âmbito da atenção às urgências.

No segundo momento, tendo conhecido o cenário em estudo e a estrutura de gestão existente e, considerando a pluralidade das relações sociais

desenvolvidas pelos atores na gestão da MCH estudada, foi procedida a abordagem qualitativa da pesquisa, visando à análise da influência da estrutura de gestão e da relação dos atores na atuação dos hospitais pesquisados na RUE.

Segundo Flick (2014), com o passar dos anos, a pesquisa qualitativa tomou espaço na abordagem dos contextos sociais, considerando as constantes mudanças e diversificação das relações, novos contextos e perspectivas, em que metodologias dedutivas tradicionais não são capazes de apoiar o pesquisador, devido a diferenciação dos objetos. Segundo Campos (2001), ao considerar planejamento em saúde como prática social considera-o também como atividade detentora de uma forte influência dos aspectos socialmente produzidos. O valor de uso de uma atividade é um valor que muda o tempo todo em função das vontades e posicionamentos humanos. Campos (2001, p. 31) reforça dizendo que “a ação racional é inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos grupos [...] ela nunca está desvinculada do posicionamento subjetivo dos que planejam e executam”.

Para Minayo (2012), a matéria prima da pesquisa qualitativa se compõe da experiência, da vivência, do senso-comum e da ação; e o percurso que pauta a análise se baseia no tripé compreender, interpretar e dialetizar. A ação, seja ela humana ou social, é definida como a atuação dos indivíduos ou instituições para a constituição de suas vidas a partir das condições ofertadas na realidade em que vivem.

O terceiro momento constituiu-se da aplicação da triangulação de métodos como forma de relacionar os achados, e da hermenêutica crítica, como possibilidade de compreender, interpretar e dialetizar com o fenômeno estudado a partir do conhecimento da realidade colocada e da posição da pesquisadora no contexto. Considerando este movimento, optou-se por utilizar o referencial metodológico hermenêutico-crítico de Paul Ricoeur que será apresentado em seção posterior, como referencial de análise.

Portanto, este estudo compreendeu três momentos, sendo eles detalhados a seguir considerando suas etapas particulares de desenvolvimento.

4.1 PRIMEIRO MOMENTO: TECENDO CONHECIMENTOS SOBRE O CENÁRIO DE ESTUDO

Neste primeiro momento foi desenvolvido um estudo exploratório com a utilização de dados secundários, obtidos de documentos institucionais de gestão e de dados de produção hospitalar, logo, com abordagem documental e quantitativa.

A pesquisa documental utiliza fontes formadas por material já elaborado, sendo elas diversificadas e dispersas, tais como tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, dentre outras (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

No caso do presente estudo, por meio de análise documental buscou-se conhecer a tipologia e perfil dos hospitais, a capacidade instalada, a abrangência local e regional de atuação, aspectos organizacionais e sua estrutura de gestão. Utilizou-se de documentos institucionais disponibilizados pelos serviços, tais como planejamentos estratégicos, organogramas, contratos de gestão, pactuações e convênios firmados com os gestores das esferas municipal e estadual; planos municipal e estadual de saúde; o Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte do estado, e o PDR.

Destes documentos foram extraídas informações que evidenciam a formatação da estrutura formal de gestão dos hospitais estudados, como organogramas macro organizacionais e institucionais, bem como dados documentais que apresentam as relações com outros atores da gestão no âmbito da atenção às urgências, como contratos de gestão com entes municipais e consórcio, convênios firmados e pactuação de metas. Ainda, pautou-se em planos estaduais, regionais e municipais para compreender as perspectivas dos respectivos atores no âmbito do atendimento às urgências, para a atuação dos hospitais estudados.

Ainda neste momento, por meio de análise quantitativa realizada a partir de dados de produção hospitalar das instituições em estudo, buscou-se conhecer como se dá atuação das mesmas no âmbito da RUE.

A abordagem quantitativa busca se centrar na objetividade, considerando a possibilidade de compreensão de uma realidade por meio de dados numéricos recorrendo à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. Como no caso deste estudo, a abordagem qualitativa e quantitativa em conjunto possibilitou o alcance de um conjunto maior de resultados se comparado com a utilização destes métodos de maneira isolada (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Nesta pesquisa, utilizou-se de dados secundários obtidos de relatórios de Auditoria Operacional realizada pela Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde (DRAS) que consiste em um órgão de regulação do acesso da Autarquia de Saúde do Município onde os hospitais estudados estão localizados e que, em parceria com outras diretorias, subsidia regulação à assistência de média e alta complexidade, com ações que compreendem a avaliação e o controle da execução da atenção, a apuração da resolubilidade do sistema, o controle do teto financeiro do município voltado para a área da assistência e demais ações de auditoria (LONDRINA, 2013; 2017).

Além disso, recolheram-se dados disponibilizados pelas instituições estudadas referentes à classificação de risco dos casos atendidos na unidade de emergência, operacionalizado por meio da aplicação do Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) que consiste em uma ferramenta voltada para organização do fluxo de atendimento nos serviços de emergência. A referida classificação é realizada segregando os casos por cores - vermelha, amarela, verde e azul - sendo essas consideradas o *score* em movimento decrescente de gravidade (ROSSANEIS et al., 2011).

Ainda, utilizaram-se dados referentes às internações de usuários provenientes dos atendimentos da unidade de urgência e emergência, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sendo esta considerada uma fonte suficientemente capaz de suprir as necessidades de coleta de dados desta pesquisa. A busca no SIH/SUS foi realizada via site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e, a partir daí, procedeu-se a

exportação dos dados para o Programa TabWin, com posteriores cruzamentos necessários.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi utilizado como fonte de apoio na alimentação dos dados referentes à caracterização dos hospitais quanto à tipologia, vinculação, quantidade de leitos cadastrados e tipos de serviços prestados.

Os dados coletados referiram-se ao período de 01 de janeiro de 2016 a 30 de junho de 2017, com a análise dos documentos vigentes neste mesmo período.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados no Microsoft Excel e apresentados na forma de tabelas e gráficos.

4.2 SEGUNDO MOMENTO — COMPREENDENDO A RELAÇÃO ENTRE OS ATORES E SUA INFLUÊNCIA PARA ATUAÇÃO DOS HOSPITAIS NA RUE

Esta fase foi marcada por uma abordagem qualitativa por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos na estrutura de gestão dos hospitais em estudo, buscando conhecer seus posicionamentos e suas relações e o que estes interferem no perfil de atuação destas instituições na RUE, segundo os resultados obtidos em etapa anterior.

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro [...] é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo [...] é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere [...] é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (MINAYO, 2012, p. 623).

4.2.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desta fase da pesquisa sete atores pertencentes à estrutura de gestão da MCH estudada, tendo eles papel de gestor direto ou indireto (de apoio em processos). Incluíram-se, então, cada um dos diretores dos hospitais em estudo, o gestor municipal, o diretor executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) que atende a estas instituições, o coordenador da Regulação Municipal de Urgências, o coordenador da Regulação Macrorregional e o superintendente das unidades hospitalares estudadas representando a gestão estadual.

4.2.2 COLETA DE DADOS

Cada um dos entrevistados foi abordado individualmente e em dias diferentes, conforme disponibilidade nas agendas. Anteriormente ao início de cada uma das entrevistas, os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre a gravação das entrevistas e a respeito da posterior utilização dos dados tendo sua concordância registrada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

Foi aplicado um roteiro de entrevista (apêndice B) comum a todos os entrevistados, com sete seguintes questões norteadoras:

- ▶ Como você vê o processo de gestão dos hospitais de média complexidade da 17ª RS do Paraná? Fale um pouco sobre.
- ▶ Como se dá a participação da sua instituição no processo de gestão destes hospitais? Você sabe se existem outras instituições que participam da gestão? Existe articulação entre as instituições gestoras? Fale um pouco sobre.
- ▶ Em sua opinião, existe uma proposta de atuação deste serviço na RUE? Se sim, o atendimento está de acordo com esta proposta?
- ▶ Você conhece a pactuação dos hospitais para atuação na RUE? Participou do processo de pactuação? Se sim, como aconteceu?

- ▶ E nas discussões dos resultados e de estratégias de mudanças nestes hospitais, como sua instituição participa? Fale sobre.
- ▶ Em sua opinião, quais os problemas enfrentados por estes hospitais no cumprimento do que está proposto? Em sua opinião, estes problemas tem relação com as possíveis falhas na RUE? Fale sobre eles.
- ▶ Em sua opinião, o que é necessário para que estes hospitais funcionem de forma adequada na RUE, respeitando a sua capacidade/finalidade?

A entrevista semiestruturada permite a obtenção de informações diretas dos sujeitos, em uma interação empírica, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a questão formulada, incorporando o contexto de sua produção e por vezes, sendo complementada pela observação de quem entrevista. Além da fala, como elemento condutor da pesquisa, o pesquisador tem a possibilidade de enriquecer os dados obtidos por meio da análise das relações e práticas imersas no contexto (MINAYO, 2017).

As entrevistas duraram em média 20 minutos, sendo gravadas e posteriormente transcritas. Os participantes foram identificados por códigos, com a finalidade de assegurar sigilo da sua identidade.

- ▶ Diretoria Hospitalar A: “DHA”
- ▶ Diretoria Hospitalar B: “DHB”
- ▶ Gestão Municipal: “GM”
- ▶ Superintendência/SESA: “SESA”
- ▶ Consórcio Intermunicipal de Saúde: “CIS”
- ▶ Regulação Municipal de Urgências: “RM”
- ▶ Regulação Macrorregional de Urgências: “RMR”

As sete gravações realizadas neste estudo serão destruídas ao término deste trabalho.

4.3 TERCEIRO MOMENTO: ANÁLISE CRÍTICO-HERMENÊUTICA

Ao optar pela utilização de um método qualitativo no presente estudo, considerou-se a necessidade de compreensão das relações entre os atores sociais envolvidos no processo de gestão das instituições estudadas, no âmbito do atendimento às urgências. Considera-se aqui o fenômeno e a construção do conhecimento a partir de um referencial desenvolvido pelos sujeitos da pesquisa, com abordagem compreensiva de suas crenças, atitudes, valores e motivações. Não se considerou a mera descrição das falas, mas também a partir da decifração do significado da ação, por parte do pesquisador, uma vez que este deve imergir no contexto da pesquisa reconhecendo os atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas e tendo os resultados como fruto de uma importante relação existente entre o sujeito e o pesquisador (SILVA et al., 2006).

Partindo desta perspectiva e mediante a necessidade de se buscar uma abordagem metodológica que vislumbresse a análise de práticas discursivas dos atores sociais envolvidos no contexto apresentado buscou-se ir além de uma simples análise, por meio de uma abordagem epistemo-metodológica de interpretação pautada na hermenêutica-crítica (ALCÂNTARA; PAIVA; BRITO, 2018; AYRES, 2005).

A hermenêutica tem origem do grego *hermeneum* (interpretar) e *hermeneia* (interpretação) e surgiu nos limites da exegese que consistia em uma disciplina com a finalidade de compreender os textos sagrados, contidos nas escrituras (TERRA, et al., 2009). Trata, pois, da arte e da ciência da interpretação (AYRES, 2005).

Inicialmente tratada como a possibilidade de interpretação em geral de base psicologista, Friedrich Schleimacher e Wilhem Dilthey buscaram uma concepção pautada na compreensão da intenção dos autores de maneira empática por parte dos intérpretes. Heidegger traz a questão do sentido do “ser” e da linguagem como “morada do ser” como elemento fundamental do pensamento. Mais tarde, Gadamer com seu enfoque na hermenêutica filosófica,

propõe o círculo hermenêutico no qual se dá a fusão de horizontes histórico cultural do intérprete com o horizonte aberto pela obra a ser interpretada (PASSOS, 2014).

Ayres (2005) considera a análise hermenêutica dependente das motivações práticas de um sujeito que interpreta posicionado em um determinado meio político. A partir daí, procede-se a um movimento de contínua conversação, com a “dialética de pergunta e resposta” que gera o vínculo da interpretação às perguntas que movem o intérprete, dando sustentabilidade à crítica na filosofia hermenêutica. Assim, a tarefa hermenêutica no sentido clássico se desenvolve em uma tarefa ambiciosa da interpretação e da compreensão não apenas do sentido já ofertado, mas também nos processos de criação de sentido (GAGNEBIN, 1997).

Partindo da intenção de se basear na hermenêutica-crítica para a análise dos resultados desta pesquisa, e buscando uma linha de pensamento que mais se adequasse ao fenômeno estudado, viu-se no filósofo Paul Ricoeur uma referência apropriada para análises pautadas na reflexão que consiste sempre em um trabalho de interpretação (GOMES, 2018).

Jean Paul Gustave Ricoeur nasceu em 27 de fevereiro de 1913, em Valence, ao sul da França ficando órfão muito precocemente. Com uma infância traumática em virtude do desconhecimento sobre a figura materna, a busca pelos livros tornou-se para ele uma forma de refúgio. Lia grandes clássicos da literatura, mas, por influência familiar, empenhou-se na leitura da Bíblia (LAUXEN, 2015). Em sua formação, herdou o pensamento fenomenológico de Husserl e o existencialismo cristão, estabelecendo uma ligação entre a fenomenologia e a análise da linguagem por meio da teoria da metáfora, do mito e do modelo científico. Objetivou, a partir da escola de Husserl, não alcançar o subjetivo e o idealismo, mas sim o chão do mundo vivido onde acontecem as experiências humanas de construção e de significações (RICOEUR, 2015).

Fortemente influenciado por Gadamer, Ricoeur levantou a necessidade de superar o impasse entre a teoria crítica e a hermenêutica e, por influências de Freud, Marx e Nietzsche - grandes mestres da suspeita - Ricoeur

dispôs sobre a possibilidade da interpretação com análise da relação temporal e considerou que a cultura individual ou coletiva não se origina da produção de sentidos acumulados, mas derivam de conflitos, de deslocamentos, de disfarces e de transferências. Para este pensador, a relação entre o presente do intérprete e o passado de obra interpretada não se restringe a simples relação de aceitação e de transmissão (GAGNEBIN, 1997; CAMPOS, 2003).

A partir destas aproximações e distanciamentos em relação a outros filósofos, formulou sua própria teoria da interpretação e se destacou como um dos grandes pensadores da hermenêutica crítica (PAULA, SPERBER, 2011). Consistia em uma teoria do “ser” e não “fazer filosofia a partir da filosofia”, considerando que o pensamento não se pauta no pensamento dos outros, mas se recria a partir da utilização do pensamento dos outros como instrumento, nunca negando sua relação com o vivido (RICOEUR, 2008). Voltou-se para a linguagem e para o processo hermenêutico da interpretação literária acreditando que nesse âmbito era possível compreender a dimensão da ação humana, por meio de signos disponíveis em sua memória, transmitidos por culturas (PAULA; SPERBER, 2011).

Ricoeur permaneceu fiel ao conceito de interpretação afirmado por Dilthey, tecendo diferenciações entre esta e a compreensão. Para ele, a compreensão depende do conhecimento do que o outro quer dizer tendo como base os símbolos de todos os tipos, enquanto a interpretação consiste, para ele, em algo mais específico, limitado por determinados signos fixados de maneira escrita (RICOEUR, 2012).

O objeto de interpretação é o texto que pode estar composto de símbolos sociais, tratando a hermenêutica como um processo que desvela o significado para além do conteúdo manifesto, em que só é possível a compreensão a partir de um contexto de vida (TERRA et al., 2009).

A partir de sua inscrição, o discurso se objetiva e se distancia da intenção do autor, dissociando-se o significado e a intenção do falante e subtraindo as vivências e a psicologia do autor, atribuindo-se mais valor ao texto.

Em outras palavras, o texto escrito é libertado do autor e de uma situação dialogal e a ação se desprende de seu agente, consistindo em um tipo de objetividade que provém da fixação social da ação com sentido – autonomização da ação humana por meio da inscrição do discurso. Com isso, o acontecimento/ação colocado em texto fica com seu significado suspenso, aberto para receber novas referências e interpretações podendo ser desenvolvidos novos significados a partir de situações diferentes daquelas em que a ação ocorreu, transcendendo as condições sociais de sua produção e se reapresentando em novos contextos sociais e a um ser-no-mundo (RICOEUR, 2012).

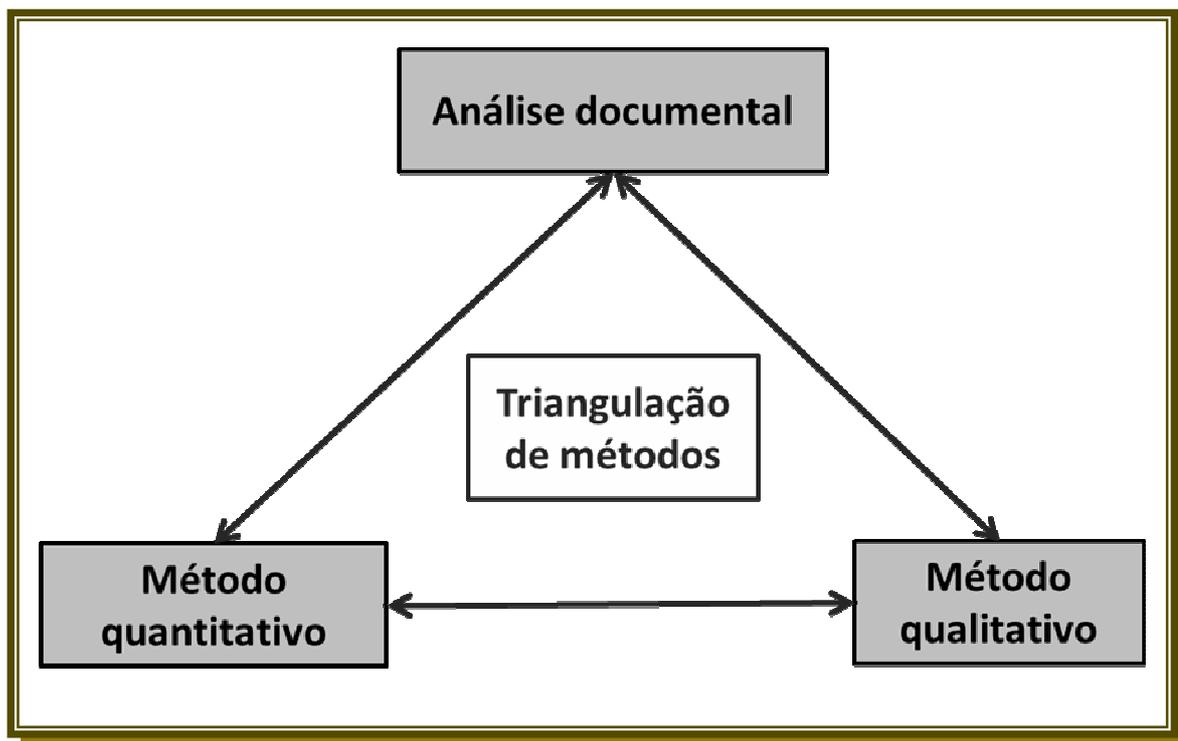
No caminho da interpretação por Ricoeur, o processo centra-se na articulação do linguístico, do não linguístico, da linguagem e da experiência vivida, defendendo a pluralidade inquestionável dos conflitos de interpretação, levando a refletir sobre a ambiguidade da estrutura de significados da linguagem que funciona como símbolo (PAULA; SPERBER, 2011). Reforça em sua teoria, a importância do distanciamento como forma de possibilitar ao homem novas maneiras de ver o mundo e de ser. Este distanciamento faz com que a relação dialética entre o passado e o presente, ou de diálogo com a tradição que nos constitui, não seja apenas um resgate do sentido, mas sim a produção do mesmo. A produção do sentido possui também sua dimensão crítica que permite o fenômeno da interpretação pensado, diferentemente do modo como foi dado pela tradição do pensamento hermenêutico (PASSOS, 2014).

[...] O termo interpretação deve, pois, aplicar-se não a um caso particular de compreensão, a das expressões escritas da vida, mas a todo o processo que abarca a explicação e a compreensão. A interpretação enquanto dialética de explicação e compreensão pode, pois remontar às fases iniciais do comportamento interpretativo já em ação na conversação. E, embora seja verdade que só a escrita e a composição literária proporcionam um pleno desenvolvimento desta dialética, a interpretação não deve referir-se como uma província da compreensão. Não se define por uma espécie de objeto – signos ‘inscritos’, no sentido mais geral do termo –, mas por uma espécie de processo: a dinâmica da leitura interpretativa (RICOEUR, 2011b, p. 105).

No contexto do estudo, serão utilizadas as propostas de análise hermenêutica de Paul Ricoeur, sob a ótica da hermenêutica-crítica, partindo dos discursos obtidos por meio das entrevistas com os atores envolvidos e

relacionando-os com os elementos quantitativos e documentais levantados no primeiro momento da pesquisa, por meio da Triangulação de Métodos que consiste como uma estratégia facilitadora do processo de análise (Figura 2).

FIGURA 2 – Representação da triangulação de métodos, com a utilização dos elementos documentais, qualitativos e quantitativos.



Fonte: a autora.

Segundo Minayo (2013), esta combinação mostra que os métodos não são incompatíveis podendo ser integradas em uma mesma pesquisa, uma vez que os elementos quantitativos podem proporcionar uma soma compreensiva à abordagem qualitativa. Esta forma de trabalho é esclarecida pela Triangulação de Métodos, que não deve ser assumida de maneira simplista, apenas como opção do pesquisador, mas sim tendo a ver com o caráter do objeto específico de conhecimento (MINAYO, 2013).

Conforme apresentado no Quadro 1, o processo de análise dos dados qualitativos foi organizado de maneira que permitisse consonância com os momentos de análise propostos por Ricoeur. Desta maneira, após a transcrição e conferência da fidelidade das falas, procedeu-se a leitura flutuante os conteúdos

transcritos, como leitura inicial que permitiu uma compreensão superficial do conteúdo. Após isso foi realizada uma leitura aprofundada com síntese de cada um dos discursos, sendo realizada a extração dos conteúdos considerados mais relevantes para o objeto de estudo, utilizando-se então do enfoque crítico na análise, com a finalidade de interpretar e compreender possíveis significados inseridos no texto com o posicionamento da intérprete/pesquisadora.

A partir da extração dos conteúdos considerados mais relevantes para a compreensão e interpretação do fenômeno estudado, foi realizada uma leitura horizontal dos discursos, para a construção de categorias de análise, como um momento de apropriação do conteúdo em relação ao fenômeno pesquisado. E, por fim, construíram-se as categorias empíricas, com as quais se trabalhou e desenvolveu-se a discussão dos resultados.

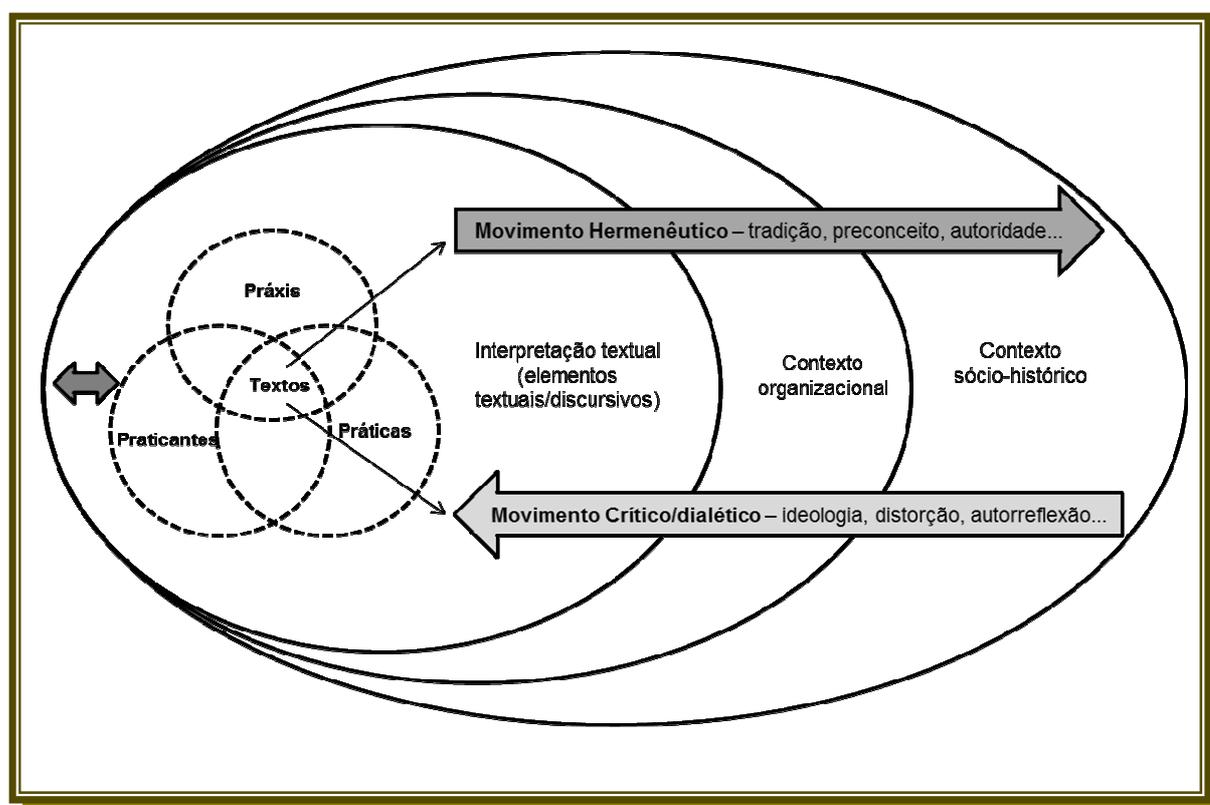
QUADRO 1 – Fases do tratamento dos dados qualitativos do estudo e fases da interpretação do discurso proposta por Ricoeur.

FASES DO TRATAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS DO ESTUDO	FASES DA INTERPRETAÇÃO DO DISCURSO DE RICOEUR
1) Transcrições das entrevistas e conferência da fidelidade das mesmas.	
2) Leitura flutuante dos conteúdos transcritos	<p>Leitura Inicial</p> <p>Compreender o texto de maneira superficial, de maneira repetida e isenta de julgamentos, de forma que seja possível ao pesquisador perceber os primeiros significados e organizá-los.</p>
3) Leitura aprofundada com síntese	<p>Leitura crítica</p> <p>Finalidade de interpretar e compreender possíveis significados inseridos no texto</p>
4) Leitura horizontal e extração de unidade de significação.	<p>Apropriação</p> <p>Topo da análise com a compreensão e assimilação da mensagem desvelada</p>
5) Produção de categorias empíricas	

Fonte: Terra et al. (2009).

Ricouer sustenta que o processo interpretativo se estabelece como uma dialética que abrange a oralidade e a escrita, o símbolo e a metáfora, a frase e a obra textual (PASSOS, 2014). Na perspectiva deste referencial, conhecer o contexto onde o fenômeno se desenvolve é necessário, considerando o envolvimento de elementos históricos, políticos, sociais e pessoais dos interlocutores. Às etapas de análise dos elementos textuais originados das entrevistas semiestruturadas, adicionou-se o raciocínio ofertado pelo círculo crítico hermenêutico proposto por Alcântara, Paiva e Brito (2018) visando a interpretação textual em meio a um contexto organizacional e sócio histórico, orientado pela práxis, pelas práticas e pelos praticantes; e outro movimento crítico-dialético em sentido oposto, originada do leitor e que surge a partir do confronto entre ideologias, autorreflexões e questionamentos (Figura 3).

FIGURA 3 – Círculo crítico-hermenêutico.



Fonte: Adaptado de Alcântara, Paiva e Brito (2018).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em consonância com o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Desta maneira, o projeto deste estudo passou por apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador (CEP/HT/SESA), após serem solicitadas as autorizações das instituições a serem pesquisadas bem como da DRAS para a coleta dos dados conforme citado na metodologia deste projeto. Ainda, cumprindo as exigências do referido Comitê de Ética foram solicitadas as Declarações de Concordância aos gestores dos hospitais a serem estudados e a Direções da SESA.

Anteriormente a realização das entrevistas semiestruturadas, os gestores foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos, sendo a eles solicitada a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma delas em poder do respondedor do questionário acima citado.

Considerando que a pesquisa prevê a análise dos dados dos hospitais pesquisados, foi assegurado o respeito aos princípios de ética e responsabilidade, bem como da confidencialidade e do uso das informações, sendo estas direcionadas apenas para a finalidade da pesquisa.

5 Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados da seguinte forma:

- 1.** O Artigo 1 nominado “Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção a saúde e fatores condicionantes de sua atuação”, já aceito para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva. Este manuscrito foi produzido a partir de um *scoping review* e traz uma revisão a respeito da inserção dos hospitais gerais nas RAS e os fatores que condicionam sua forma de participação nas mesmas. Sua apresentação segue formatada conforme normas da referida revista (Anexo B).
- 2.** Em formato de texto tradicional, os resultados que respondem ao primeiro objetivo desta tese, ou seja, a caracterização dos hospitais em estudo do ponto de vista do perfil assistencial e da estrutura de atores envolvidos em sua gestão permitindo conhecer o cenário de estudo.
- 3.** O Artigo 2, aceito para publicação na Revista Saúde em Debate, com o título “Hospitais de média complexidade na rede de atenção às urgências: o que sua produção revela?”, responde ao segundo objetivo desta pesquisa e apresenta a análise da atuação dos hospitais em estudo na RUE segundo seus dados de produção hospitalar. A construção deste artigo permitiu a pesquisadora aprofundar os conhecimentos referentes ao objeto de estudo, a partir da utilização de elementos quantitativos. Sua apresentação segue formatada conforme normas da revista (Anexo C).
- 4.** O Artigo 3, intitulado como “Hospitais de média complexidade na Rede de Urgência e Emergência: influência da relação entre atores envolvidos na gestão”, para o qual se pretende submissão à revista Cadernos de Saúde Pública. Este manuscrito pretende fornecer os resultados correspondentes ao terceiro objetivo apresentando a análise da influência da estrutura de gestão, bem como a participação e relação entre os diferentes atores para atuação da MCH estudada na RUE. Sua apresentação segue formatada conforme normas da revista supracitada (Anexo D).

5.1 ARTIGO 1

HOSPITAIS GERAIS: INSERÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE E FATORES CONDICIONANTES DE SUA ATUAÇÃO

GENERAL HOSPITALS: INSERTION IN THE HEALTH CARE NETWORKS AND FACTORS THAT DETERMINE THEIR PERFORMANCE

Fabiane Gorni Borsato¹; Brígida Gimenez Carvalho²

¹Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL); E-mail - fgborsato@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2977-1963>

²Enfermeira, doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL); E-mail – brigidagimenez@gmail.com – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a inserção dos hospitais gerais nas Redes de Atenção à Saúde e os fatores condicionantes de seu modo de participação nas mesmas. Realizou-se um “scoping review”, com a seleção de 14 artigos publicados de janeiro de 2011 a junho de 2018. Com o mapeamento dos resultados constituiu-se as categorias de análise: *Hospital, regionalização e economia de escala, Fragilidade de organização da rede e hospitais como primeira escolha, e Hospital e evidências de (des)integração da Redes de Atenção à Saúde*. Os dados mostraram fatores que condicionam a maneira como os Hospitais atuam nas RAS, tendo destaque a inadequada distribuição destes serviços e de seus níveis de escala nos territórios; um número considerável de Hospitais de Pequeno Porte; as fragilidades da organização dos serviços em rede, com pouca articulação entre os pontos de atenção; e a hegemonia do modelo biomédico. Concluiu-se que a melhor inserção dos hospitais gerais nas redes dependerá do enfrentamento de desafios relacionados ao planejamento e implementação de ações nos diversos componentes da rede, disponibilização regional de serviços de saúde, aprimoramento dos mecanismos regulatórios e de comunicação entre os serviços, com o uso de planos de regionalização e pactuações como ferramentas de gestão.

Palavras-chave: Hospitais, Regionalização, Assistência Integral à Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the insertion of general hospitals in Health Care Networks and the factors that determine their way of participation in these networks. A "scoping review" was carried out with the selection of fourteen published articles from January 2011 to June 2018. From the mapping results the categories of analysis were constituted: *Hospital, regional health planning and economy of scale, Fragility of network organization and hospital as first choice, and Hospital and evidence of (dis)integration of the Health Care Networks*. The data showed conditioning factors of the Hospitals' performance in the networks, highlighting the inadequate distribution of these services and their scale levels in the territories; a considerable number of small hospitals; the weaknesses of the organization of networked services, with little articulation between the points of attention; and the hegemony of the biomedical model. It has been concluded that the best inclusion of general hospitals in Health Care Networks will depend on the confrontation of challenges related to the planning and implementation of actions in the various components of Health Care Networks, regional availability of health services, improvement of regulatory mechanisms and of communication between the services, using regionalization plans and agreements as management tools.

Key-words: Hospitals, Regional Health Planning, Comprehensive Health Care, Public Health

INTRODUÇÃO

A estruturação das redes de saúde já era prevista desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com propostas de condições para construção de um sistema que visionasse o planejamento de suas estruturas e o atendimento das necessidades do indivíduo e da coletividade¹. No entanto, na década de 1990, os próprios rumos do processo de descentralização tirou a constituição de redes do foco central sobre o qual se pautaria a organização da assistência à saúde, evidenciando processos descoordenados de descentralização e regionalização^{2,3}. Foi a partir dos anos 2000, com a divulgação das normas operacionais (NOAS) e mais tardiamente pelo Pacto pela Saúde, em 2006, que o planejamento territorial para organização da atenção em saúde passou a ser valorizado com o intuito de elaborar políticas de saúde regionais, e conseqüentemente estruturar as redes para enfrentar a dimensão territorial³.

Este processo por fortalecido a partir da Portaria 4.279/2010 e neste contexto, o desenvolvimento da assistência à saúde organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistiu em uma proposta importante para a intercessão dos pontos de atenção, de forma dinâmica e complementar, apresentando-se como estratégia para a superação do modelo fragmentado de assistência à saúde^{1,2,3,4}.

Em meio a estes debates surgem àqueles relacionados ao papel dos hospitais nestas RAS. Mesmo que na consolidação do SUS, a proposta de reorientação do modelo assistencial fosse prioritária, com investimento na APS e tendências à desospitalização, muitas dificuldades foram encontradas devido à maior valorização dos cuidados hospitalares⁴. Manteve-se, aos longos dos anos, o modelo hospitalocêntrico detentor de determinantes históricos relacionados à forma como se buscou, ao longo dos anos, solucionar os problemas de saúde, com ênfase na doença⁵. E, como resultado, evidencia-se a alta demanda para assistência à saúde em nível hospitalar, já que um quarto das consultas ambulatoriais e 80% dos atendimentos de urgência e emergência ainda são realizados nestes estabelecimentos⁶.

Em 2014, os serviços de saúde com leitos para internação estavam distribuídos em aproximadamente 3,5 mil municípios, o que representava, aproximadamente, 63% do total de municípios brasileiros⁷. Destes hospitais 80% possui pequeno e médio porte⁸, estando a maioria dos leitos sob a responsabilidade dos Hospitais Gerais (HG), que consistem em estabelecimentos destinados a prestar atendimentos em especialidades básicas dispendo ou não de Serviço de Urgência e Emergência⁹. Acredita-se que o aumento da demanda por atenção hospitalar é muito evidenciada nos HG, fato que, somado à dificuldade de definição de papéis dos mesmos no sistema de saúde, reforça ainda mais os problemas de alinhamento deste serviço com os demais componentes das RAS e suas áreas prioritárias e, além disso, compromete os esforços desenvolvidos na gestão dos mesmos para sua plena atuação em redes⁵. Este contexto relacionado aos HG contrapõe-se à realidade dos hospitais especializados, que possuem um conjunto de atividades de cuidados em saúde particulares e específicos, e que requerem fluxos previamente determinados e já direcionados para os usuários do sistema.

Partindo desta situação, as pesquisadoras buscaram conhecer, a partir da análise de outros estudos, suas contribuições a respeito da inserção dos HG no sistema de saúde, bem como os fatores que influenciam sua inserção nas RAS, considerando a importância da participação do sistema hospitalar brasileiro e sua relevância social e econômica para a operacionalização de um sistema resolutivo de redes. Desta forma, este estudo objetivou analisar a inserção dos hospitais gerais nas RAS e os fatores que condicionam o seu modo de participação nestas redes.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizou-se um “*scoping review*” que consiste em um método de mapeamento de literaturas relacionadas a temas de interesse e que reúne técnicas capazes de sintetizar os conhecimentos referentes a determinado tema em investigação, com amplitude e a maior flexibilidade, não limitando o pesquisador a campos restritos de análise¹⁰.

O problema que impulsionou a busca bibliográfica por meio deste *scoping review* foi o interesse pela análise da inserção dos HG nas RAS e dos fatores que condicionam seu modo de participação nestas redes. Definiu-se como perguntas desta pesquisa: como se dá a inserção dos hospitais gerais nas RAS? Quais fatores condicionam seu modo de participação nestas redes?

Para a busca dos estudos utilizou-se como critérios de inclusão o período de publicação que se deu de janeiro de 2011 a junho de 2018, tendo em vista a publicação da Portaria nº 4.279 já citada⁴; produções sobre o sistema de saúde brasileiro; a disponibilidade de estudos online e gratuitos; e o objeto de estudo. Como critérios de exclusão foram considerados livros ou capítulos de livro, dissertações, monografias e teses, documentos ministeriais e estudos do tipo revisão; estudos que envolvem hospitais privados que não atendem pelo sistema público de saúde e hospitais especializados.

A busca foi realizada no período de 01 a 28 de fevereiro de 2017 com atualização da pesquisa no mês de outubro de 2018, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, United States National Library of Medicine at the National Institutes of Health – PubMed e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online – SciELO. Considerando o tema e o objeto estudado, optou-se por utilizar seguintes Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: *Hospitais, Hospitals, Regionalização, Regional health planning, Assistência Integral a Saúde, Comprehensive health care, Saúde Pública, Public health, e a expressão Rede de Atenção à Saúde (expressão), Health care networks*, considerando sua importância para esta pesquisa e o fato de sua não existência no banco DeCS.

Os descritores citados foram dispostos em cruzamentos para a busca na base de dados, da seguinte forma: Hospitais AND Regionalização; Hospitais AND Saúde Pública; Hospitais AND Assistência Integral a Saúde; Hospitais AND Rede de Atenção à Saúde (palavra).

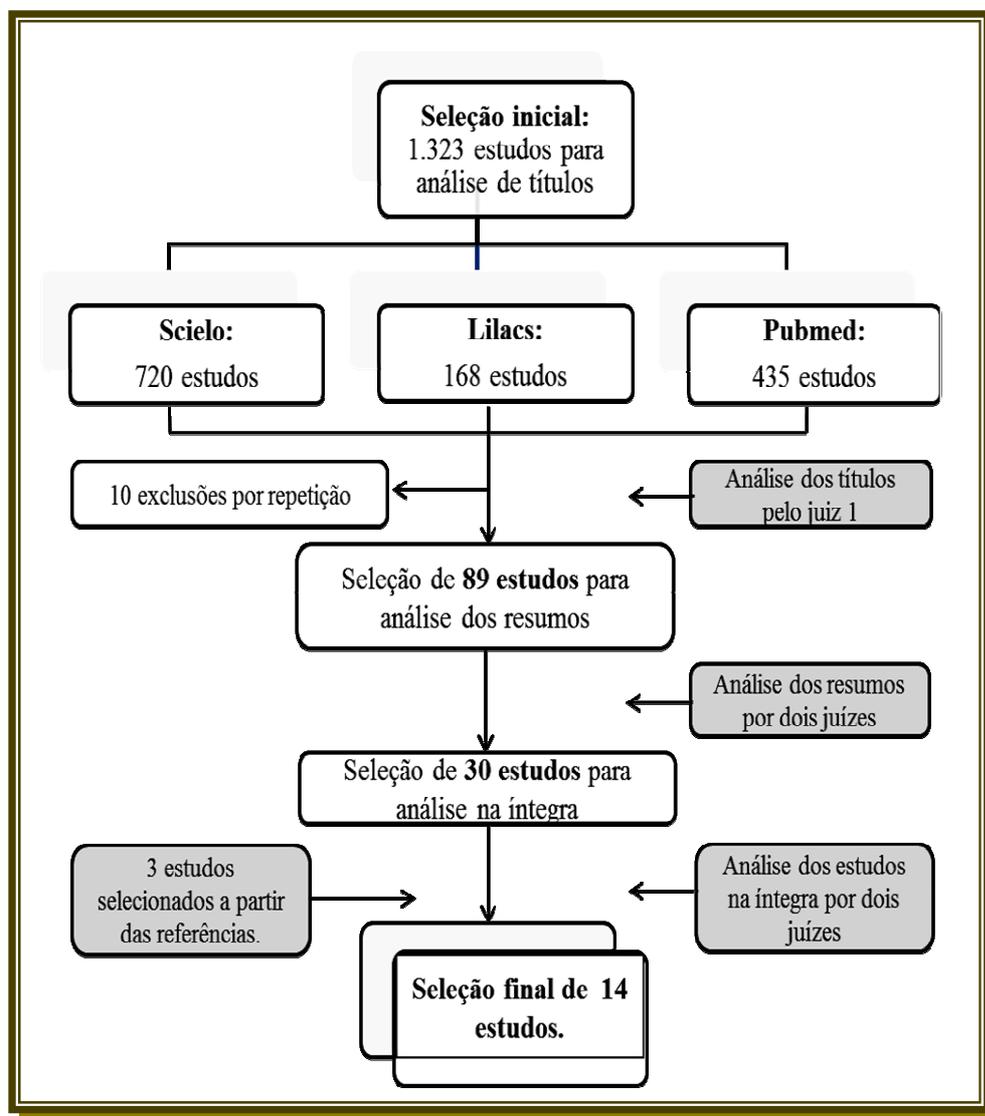
O processo de seleção dos estudos relevantes para esta pesquisa foi desenvolvido a partir da análise realizada por dois juízes, sendo eles os dois autores do presente estudo. Este processo “duplo” de análise iniciou-se a partir da leitura dos resumos, já que todos os estudos identificados na busca nas bases de dados foram inicialmente avaliados pelo autor 1, por meio da análise dos títulos. Neste processo, cada juiz tomou como base as questões norteadoras e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Houve a seleção inicial de 1.323 referências na biblioteca eletrônica SCIELO (680), nas bases de dados LILACS (168) e no PubMed (367), sendo os mesmos submetidos à análise dos títulos. Ressalta-se que 10 dos estudos selecionados nesta primeira etapa foram encontrados em mais de uma base de dados ou obtidos em mais de um cruzamento, sendo os mesmos considerados apenas uma vez. A partir da análise dos títulos, selecionou-se 89 estudos que foram submetidos à análise dos resumos pelos dois juízes desta pesquisa.

A análise dos resumos por dois juízes gerou 80 concordâncias (28 inclusões e 52 exclusões) e cinco discordâncias. Os 28 estudos incluídos foram direcionados automaticamente para análise na íntegra e os cinco estudos que geraram discordância foram analisados pela dupla de juízes, utilizando-se a técnica de consenso na qual é verificado conjuntamente se os resumos respondiam à pergunta de pesquisa. A partir desta etapa, chegou-se à conclusão de que mais duas referências seriam inclusas, obtendo-se o total de 30 estudos que foram analisados na íntegra por ambos os juízes.

Na leitura dos trabalhos na íntegra houve concordância em todas as leituras, gerando a exclusão de mais 19 estudos. Desta forma, integraram a presente revisão 11 estudos que respondiam a pergunta desta pesquisa. Da análise das referências contidas nos artigos submetidos à leitura, foi possível identificar mais três estudos para compor este “*scoping review*”, totalizando 14 artigos (Figura 1).

Figura 1: Fluxo demonstrativo das etapas percorridas na seleção dos estudos.



A partir da análise dos estudos na íntegra, foi realizado o mapeamento dos dados obtidos, com a extração de informações relativas ao local e ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos, metodologia, principais resultados e conclusões relacionadas à pergunta do estudo.

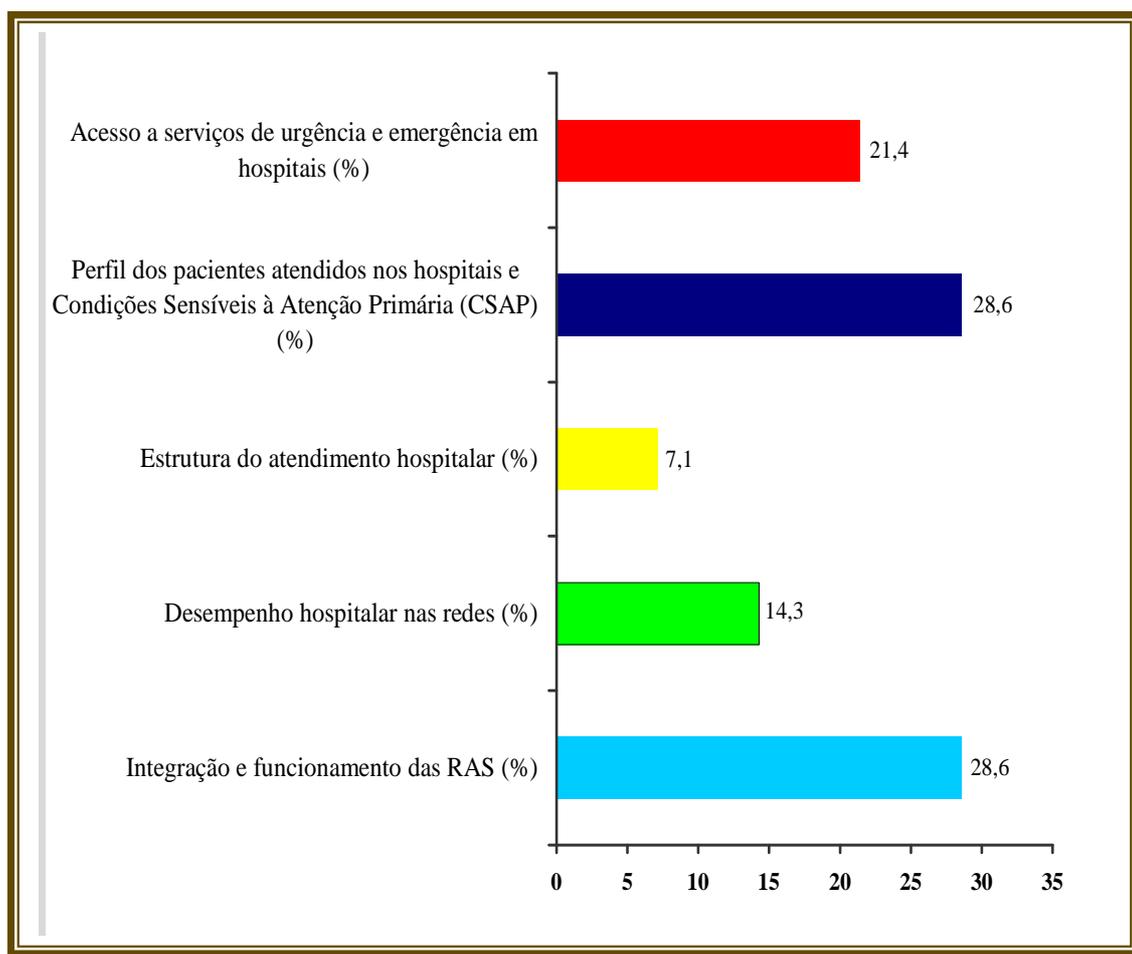
Dos estudos encontrados, a maioria (35,8%) foi publicada no ano de 2015. Quanto ao local de estudo, 14,3% referiam-se a pesquisa de âmbito nacional, 64,3% foram realizadas na região sudeste, sendo as demais realizadas na região Nordeste (7,1%) e Sul (14,3). O Quadro 1 mostra, de forma resumida, a descrição dos trabalhos que fizeram parte do estudo.

Quadro 1: Descrição dos estudos selecionados e o percentual obtido por ano de publicação, janeiro de 2011 a julho de 2018.

Ano	Periódico	Local do estudo	Autores	Título do Artigo
2011 (14,3%)	Ciência e Saúde Coletiva	Estado de São Paulo	Venancio SI, NascimentoPR, Rosa TE, Morais MLS, Martins PN, VoloschkoA	Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil.
	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Município do norte de Minas Gerais	Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA	Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
2012 (7,1%)	PhysisRevista de Saúde Coletiva	Rio de Janeiro/RJ	Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM	Perfil dos pacientes internados em 199 serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?
2013 (14,3%)	PhysisRevista de Saúde Coletiva	Estado de Pernambuco	DubeuxLS, 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.
	Revista Gaúcha de Enfermagem	Municípios da metade sul do Rio Grande do Sul	Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, GerhardtTE	Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS.
2014 (7,1%)	Revista da Escola de Enfermagem da USP	São Paulo/SP	Rehem TCMSB, Ciosak SI, EgrY EY	Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços
2015 (35,8%)	Saúde Debate	Estado de Minas Gerais	Lima DP, Leite MTS, Caldeira AP	Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência
	Saúde e Sociedade	Estado de Minas Gerais	Torres SFS, Belisário AS, Melo EM	A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso
	Rev Saúde Pública	Estado de São Paulo	Pazin-Filho A, et al.	Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências.
	Revista Saúde e Sociedade	Grande Vitória/ ES	Barreto Junior IF	Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil
	Rev Saúde Pública	São Paulo/SP	Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, CouttolencBF	Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil.
2016 (7,1%)	Saúde em Debate	Brasil	Pessoa LR, Santos IS, Machado JP, Martins ACM, Lima CRA	Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil
2017 (7,1%)	International Journal for Equity in Health	Brasil	Rocha, et al.	Addressing geographic access barriers to Emergency care services: a national Ecologic study of hospitals in Brazil.
2018 (7,1%)	Cadernos de Saúde Pública	Estado de Santa Catarina	Cirino S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES	A nonlinear model for localization of hospital services as an indicator of accessibility

A Figura 2 apresenta os percentuais de publicação segundo as áreas temáticas, demonstrando predominância das discussões referentes à integração e funcionamento da RAS (28,6%) e ao perfil dos pacientes atendidos nos hospitais e Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP (28,6%).

Figura 2: Distribuição dos estudos analisados por área temática, janeiro de 2011 a junho de 2018.



Para análise dos estudos levantados e mapeados, utilizou-se como referencial os Fundamentos das RAS propostos por Mendes (2011)¹¹, apresentados e descritos no quadro 2 e que foram considerados como categorias analíticas e apoiaram a análise das variáveis estudadas a partir dos estudos levantados. A partir desta organização, foi possível a criação de categorias empíricas de análise, sendo elas: “Hospital, regionalização e economia de escala”; “Fragilidade da organização da rede e hospitais como primeira escolha” e o “Hospital e evidências de (des)integração da RAS”.

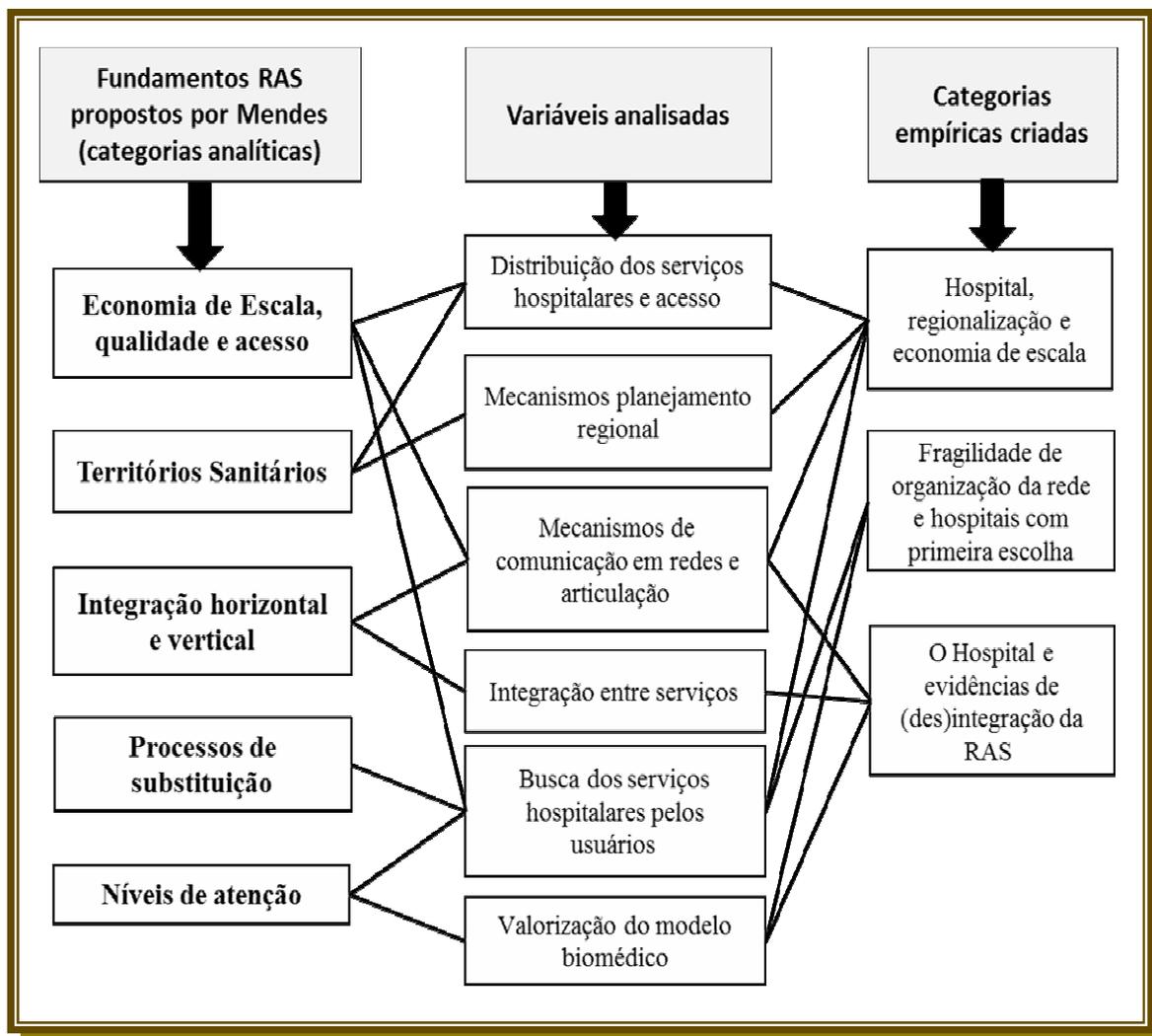
Quadro 2: Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde propostos por Mendes (2011) e seus conceitos.

Economia de Escala, qualidade e acesso
Organização das RAS de forma que serviços com menor economia de escala devem estar distribuídos de maneira mais dispersa, com recursos suficientes e para o qual a distância é fator fundamental de acessibilidade. Já os serviços com maior economia de escala devem estar alocados de maneira concentrada, uma vez contendo recursos mais escassos e para o qual a distância tem menor impacto sobre o acesso.
Territórios Sanitários
Fundamenta a articulação do território com as RAS, considerando a necessidade de se planejar a assistência com base nas características do território e da população.
Integração horizontal e vertical
Integração horizontal acontece entre unidades de produção semelhantes, visando o adensamento da produção e ganhos em escala enquanto a Integração vertical se dá entre unidades de produção.
Processos de substituição
Agrupamento de recursos entre e nos serviços de saúde permitindo melhores soluções, com menor custo em reposta às necessidades da população e dos recursos disponíveis.
Níveis de atenção
Arranjos produtivos estruturados conforme as diferentes densidades tecnológicas singulares desde a APS até a atenção secundária e terciária.

Fonte: Mendes (2011).

A Figura 3 apresenta as diversas relações obtidas entre os fundamentos das RAS proposto por Mendes¹¹ (categorias analíticas), as variáveis analisadas e as categorias de análise criadas (categorias empíricas); e que permitirão subsidiar a discussão em cada categoria criada.

Figura 3: Esquema de relações entre os fundamentos das RAS proposto por Mendes, as variáveis analisadas e as categorias de análise criadas.



RESULTADOS

A análise realizada neste estudo permitiu identificar alguns fatores que condicionam o modo como os serviços hospitalares estão inseridos nas RAS e se dispõe para acesso da população. Identificou-se que a efetividade da atenção hospitalar está sujeita aos impactos da distribuição heterogênea destes estabelecimentos, bem como das fragilidades dos mecanismos de planejamento das regiões de saúde, da comunicação em rede e da integração entre os serviços, sejam eles no mesmo nível assistencial ou entre diferentes níveis de atenção. Esta situação leva a escassez da assistência hospitalar em algumas regiões ao mesmo tempo em que a população visualiza o hospital como porta de entrada do sistema, com distorção de seu papel como componente das RAS.

Hospital, regionalização e economia de escala

O processo de regionalização dos serviços de saúde tem sido alvo de discussões desde meados da década de 1990, com o lançamento de estratégias para a municipalização das ações na perspectiva de efetivação do princípio da integralidade e equidade no acesso aos serviços¹². No entanto, à época pouco se efetivou nesse sentido sendo realmente colocado como ponto importante de organização do sistema de saúde a partir das NOAS 2001 e 2002^{13, 14}; mais tardiamente pela divulgação do Pacto pela Saúde, em 2006, que visionou a integração dos sistemas municipais; e em 2010, por meio da Portaria Ministerial nº 4.279, de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS^{2, 3, 15}. No ano seguinte, a publicação do Decreto 7.508 reforçou este processo ao regulamentar a Lei 8.080 de 1990 e dispor sobre o planejamento da saúde e da articulação interfederativa¹⁶.

A configuração da RAS foi proposta sob a ótica da relação entre a oferta de serviços e as necessidades dos usuários^{12, 17}. Operacionalmente, este processo está respaldado pelos ideais de articulação entre serviços, delimitação de territórios e planejamento da assistência à saúde, segundo seu perfil epidemiológico e sanitário, tendo a APS como ordenadora do cuidado e direcionador do usuário para os demais níveis de complexidade^{15, 18}.

A lógica de organização dos serviços em redes deveria responder aos determinantes da qualidade e efetividade por meio da disposição de estabelecimentos segundo Economia de Escala (EE), com a concentração de serviços com recursos mais escassos e para os quais a distância gerará menor impacto sobre o acesso, contando com um sistema regulatório efetivo com ordenação e coordenação da APS¹¹. Nesta perspectiva, a complexidade hospitalar alocada regionalmente justifica a possibilidade de deslocamento de usuários na rede e a necessidade de efetiva comunicação e articulação entre os serviços, extrapolando os limites de referência do município. Assim, a maneira como a EE está disponibilizada no território e a efetivação dos mecanismos regulatórios, partindo de um qualificado planejamento regional, determinam as facilidades e dificuldades de acesso do usuário aos serviços de saúde¹⁹.

Os estudos mostram que, apesar de esforços para que o arcabouço legislativo referente às RAS seja colocado em prática, o processo de regionalização dos serviços de

saúde não foi efetivamente instituído e sofre vieses que impactam no modo como os componentes da RAS se apresentam enquanto estabelecimentos de assistência à saúde²⁰.

A assistência hospitalar, componente importante na oferta de escala às regiões de saúde, muitas vezes apresenta-se distribuída inadequadamente condicionando sua inserção na rede de maneira desordenada, desarticulada dos demais serviços e não atendendo as demandas da população. Rocha et al (2018)²¹, ao pesquisar sobre as barreiras de acesso aos serviços de Urgência e Emergência, mostrou que as Regiões Norte e Centro-Oeste sofrem com escassez de assistência hospitalar, com áreas cuja distribuição de leitos por habitante se aproxima de zero. Ao passo em que isto acontece, existe uma grande concentração de hospitais pequenos e pouco resolutivos no território nacional, sendo estes a maioria dos estabelecimentos hospitalares brasileiros.

Considerando a distribuição dos serviços hospitalares e o acesso como variáveis analisadas neste estudo, é pertinente refletir sobre o fato de que 55,9% dos hospitais pequenos estão localizados a menos de 60 quilômetros de distância dos serviços hospitalares de maior complexidade. Entende-se, desta forma, que os demais estabelecimentos deste porte se encontram em regiões distantes de serviços de maior aporte tecnológico, dificultando o acesso do usuário. Soma-se ainda, o fato de que é escassa a disponibilidade de centros de maior complexidade em algumas regiões, com apenas 7,76% dos municípios brasileiros contemplados, visualizando-se melhor acessibilidade nos estados de Paraná, Goiás, Minas Gerais, Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco²⁰.

Sob a ótica da EE, existem muitas discussões a respeito da efetividade dos HPP e da manutenção dos mesmos. Estes estabelecimentos apresentam baixas taxas de ocupação e má relação custo-efetividade; falta de estrutura, de recursos humanos e dificuldades na organização do trabalho, muitas vezes não conseguindo se colocar com um papel definido na rede de assistência. A maioria destes estabelecimentos cumpre um papel semelhante ao da APS e, ao passo em que não alcança economias ótimas de escala, desenvolve a incapacidade de prestar cuidados, impondo ao usuário a necessidade de deslocamento^{5, 21}.

A inadequação na distribuição dos serviços hospitalares, quantitativa ou qualitativa, leva a existência de vazios assistenciais em algumas regiões, ocasionando a “evasão” de usuários, caracterizada pelo deslocamento de moradores para outras regiões em busca de assistência. Esta consiste em uma informação gerencial importante para a

análise da efetividade das regiões de saúde, bem como para a distribuição dos serviços hospitalares e da articulação em rede¹⁷.

Pesquisa realizada sobre as práticas gestoras de referenciamento regional no Estado de São Paulo mostrou que a assistência hospitalar é mais presente em algumas regiões em detrimento de outras, sendo que a região metropolitana de São Paulo alberga um grande centro tecnológico em saúde e atrai usuários de outras regiões de saúde¹⁸. Da mesma maneira ocorre na Região Metropolitana da Grande Vitória (ES), cuja capital possui 18,7% da população desta região, no entanto, absorve mais de 53% das internações dos municípios, evidenciando a instalação da maior oferta de leitos hospitalares na capital¹⁷.

Torres, Belisário e Melo²², mostraram que a má distribuição dos hospitais em algumas microrregiões acarreta o não cumprimento de pactuações e sobrecarrega a macrorregião no atendimento hospitalar para a média e alta complexidade. Campinas, mesmo constituindo-se em um grande centro de serviços de saúde de média e alta complexidade, com tecnologias disponíveis de maneira concentrada, revela-se como insuficiente para o atendimento à demanda por serviços hospitalares, uma vez que seu grupo de usuários é constituído pela população residente na região somada àquela de outras regiões e que é atraída pelo alto aporte tecnológico¹⁸. Ainda, estudo realizado em HG do Rio de Janeiro demonstrou que 56% dos usuários atendidos procediam desta capital, enquanto, 44% eram provenientes de outros municípios, o que demonstra a tendência de deslocamento da população em direção aos serviços hospitalares dos grandes centros²³.

Se por um lado a concentração de alguns serviços, sob a lógica da EE propõe uma organização do acesso, por outro, a depender da maneira como acontece o planejamento regional e a implementação dos mecanismos regulatórios, a concentração de tecnologias representa obstáculo no acesso à atenção em saúde. Isso acontece especialmente em regiões onde ocorre a escassez de serviços de menor densidade tecnológica ou se apresentam pouco integrados com os demais componentes da rede²⁴. Do ponto de vista do usuário, alguns fatores são considerados como dificultadores do acesso à assistência hospitalar: a distância do hospital em relação às suas residências; a necessidade de pagamento do transporte para chegar ao hospital e a dependência de transporte de conhecidos¹⁵.

Cirino (2017)²⁵ traz uma reflexão a respeito da distribuição dos serviços de saúde e a correlação com os princípios de eficiência e equidade. Quando o sistema busca a

otimização da eficiência, ele almeja que grande parte dos usuários seja provido por um determinado orçamento público, maximizando a distribuição dos serviços em determinado espaço geográfico. Ao buscar maior equidade, lança mãos de mecanismos para distribuir os serviços de forma que os usuários despendam esforços equivalentes às suas necessidades, maximizando o efeito da assistência na população. Neste sentido, o conceito de eficiência equivale ao de escala, evidenciando que a existência de serviços em determinada região geográfica por si só não confere à rede o cumprimento do princípio de equidade.

As evidências mostram que, para um efetivo funcionamento do sistema hospitalar, partindo da disponibilidade racional nos diferentes territórios e partir daí, com a definição de seu papel nas diversas regiões de saúde, é imperativo que gestores busquem o planejamento das ações e mecanismos de estruturação de um sistema funcional pautados em estratégias efetivas e pactuações que extrapolem os limites municipais e buscando o aperfeiçoamento dos sistemas regulatórios e de comunicação interregional^{15, 18}.

Ainda, partindo do pressuposto da inefetividade dos HPP, são necessárias muitas discussões sobre a redefinição de seu papel e de suas práticas. Já existem políticas ministeriais de incentivo ao fechamento de leitos nestas unidades e abertura para atendimentos ambulatoriais, com práticas de referência e contra referência em rede⁶. Paralelamente a isso, há quem propõe o fechamento dos mesmos, a exemplo do Banco Mundial que, em relatório de análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, sugere a racionalização da rede hospitalar, visando o alcance de melhor equilíbrio entre a escala e o acesso²⁶. Este posicionamento pode levar ao agravamento do vazio assistencial em algumas regiões de saúde e não considera a possibilidade de sua reestruturação, como propõe Pazin-Filho et al (2015)²⁷, ao atribuir aos HPP o atendimento a casos crônicos de alta dependência e baixa complexidade, com redução na ocupação de leitos de unidades maiores e disponibilização de espaço em áreas estranguladas do sistema como aquelas voltadas a cuidados intensivos.

Fragilidade de organização da rede e hospitais com primeira escolha

Os resultados do presente estudo apontaram para fragilidades da organização do sistema de saúde em redes como importante fator de determinação dos hospitais como primeira escolha do usuário mediante suas necessidades de cuidados à saúde.

Apesar de se esperar, a partir das ações de reforma originadas nas últimas décadas do século XX, um processo de organização de um modelo de atenção à saúde, pautado na concepção de um sistema integrado de serviços que interligue ações de prevenção, promoção e reabilitação com a atenção curativa²⁸, o que se observa, em diversas realidades é a desconfiguração da rede de atenção, com a distorção nos papéis de cada nível.

Especialmente, a APS sofre importantes impactos das dificuldades estruturais e operacionais que comprometem seu papel de componente detentor de ferramentas estratégicas para a reorganização do sistema e de articulador com os demais componentes da RAS^{18, 29}. Sem condições materiais, tecnológicas e organizacionais para seu pleno funcionamento^{15, 29}, estudos apontaram que, segundo usuários e profissionais de saúde, a atenção primária apresenta resolutividade diminuída²¹, dificultando a disponibilidade de seus serviços aos usuários, bem como o alcance dos serviços de média e a alta complexidade a partir de um fluxo formal de acesso²⁵, uma vez que muitas vezes não possui a capacidade operacional para exercer seu papel de centro comunicador entre os pontos que compõem as complexas redes de cuidado^{24, 29}.

Na medida em que estes pontos interferem no pleno funcionamento da rede de serviço e criam obstáculos aos usuários na busca do atendimento de suas necessidades de saúde, criam-se fluxos informais de acesso aos serviços, revelando um potencial perfil atrativo dos serviços hospitalares, determinado pela oferta de especialidades e leitos, perfil de atendimento, reputação, bem como disponibilidade de elementos tecnológicos, disponível para o tratamento da “doença” (medicalização da saúde)^{1, 3, 11, 25}.

Faz-se necessário destacar, neste contexto, que mesmo com todas as mudanças nos sistemas de saúde com reorientação das políticas a partir da crítica ao modelo centrado no hospital e, ainda, com as discussões sobre o papel da atenção hospitalar, esta segue mantendo um papel de destaque na prestação de assistência a saúde. Isso se dá tanto do ponto de vista técnico-assistencial com concentração de saberes e tecnologias, quanto a partir da ótica da mídia e da população que visualizam uma representação simbólica de um local privilegiado e verdadeiramente expressivo no que se refere a um serviço de saúde²⁸.

Essa situação não é exclusiva do Brasil. Estudo que analisa as estratégias desenvolvidas por Brasil e Espanha para integrar Atenção Primária à Saúde e Especializada, descreve que na Espanha “apesar do amplo acesso à APS, cujas unidades funcionam em dois turnos, foi relatado [...] a existência de certa cultura, que considera a

atenção hospitalar como de melhor qualidade” (p.411), o que faz com que a população busque o atendimento diretamente na rede de urgência³⁰.

Como fator de incremento à situação exposta, os profissionais de saúde exercem um papel de destaque na valorização da atenção hospitalar e seus instrumentos em detrimento de outros serviços, uma vez que enxergam e disseminam a ideia de possibilidades de uma atenção mais resolutiva, ao passo em que apontam para dificuldades de outros pontos da rede de serviços na disponibilização de recursos e revelam carência de conhecimentos sobre os percursos que o usuário pode percorrer no sistema. Desta maneira, evidencia-se fortemente a predominância da formação médica pautada no modelo especializado, colocando uma real urgência de análise e melhorias na formação acadêmica, de modo que permita a valorização do atendimento no âmbito da prevenção e promoção da saúde, com potencial garantia de efetividade da atenção em saúde e maiores possibilidades de reorganização dos serviços¹.

A alta incidência de atendimentos hospitalares a usuários com Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) também ganhou destaque nesta seção, como consequência de inadequações da organização da rede e da baixa efetividade de ações de prevenção e promoção da saúde em algumas regiões. Em Montes Claros (MG), estudo mostrou que 41,4% das internações infantis decorreram de CSAP, sendo que 77,5% destas crianças já eram acompanhadas por equipes do nível de atenção primário²⁴. Pesquisa realizada com internações hospitalares no Rio Grande do Sul, de 2000 a 2010, mostrou que 76,6% das internações por CSAP são originadas de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)³¹.

As dificuldades apresentadas na organização do sistema de saúde em rede levam a uma situação de desencontro dos perfis epidemiológicos com o sistema de saúde, em que coexiste a predominância das condições crônicas e um sistema de atenção à saúde direcionada a responder aos eventos agudos e “agudizações” de condições crônicas de maneira reativa e fragmentada¹⁹, além do incremento na demanda para os hospitais gerais¹⁵,²². Este representa um fator determinante na dificuldade de definição de um papel para a atenção hospitalar não-especializada, uma vez que este perde seu perfil de componente articulado com a rede, na medida em que presta assistência a casos passíveis de atendimento em outros níveis e não se insere num processo comunicativo com a mesma²⁴.

Como consequência da realidade exposta nesta seção, a alta e crescente demanda para a atenção hospitalar gera um quadro real de superlotação dos estabelecimentos, com redução na oferta de leitos disponíveis para atendimento dos usuários da RAS, além de desencadear sobrecarga aos trabalhadores e potencial declínio na qualidade do atendimento. Como consequência deste cenário, tem-se o descontentamento da população usuária e de reforço da ideia de que faltam hospitais no país^{1, 3, 15}. Ainda, do ponto de vista econômico, esta alta e crescente demanda para a atenção hospitalar reflete um importante incremento nos gastos públicos em saúde, já que os gastos médicos hospitalares representam cerca de metade de todos os gastos nacionais em saúde, sendo um importante fortalecedor da preocupação já existente na década de 70, com a necessidade de racionalização econômica e da oferta, bem como de modernização dos processos de gestão²⁸.

O Hospital e evidências de (des)integração da RAS

O acesso, já discutido na sessão anterior, não se restringe apenas à procura e entrada do usuário no serviço de saúde, mas como isso ocorre. Envolve os processos de cuidado, com o alcance de suas etapas complementares e os resultados do trabalho desenvolvido em cada uma delas. Mediante este raciocínio, deve-se considerar a análise dos fluxos para a obtenção de assistência e por meio deles atentar-se para os processos de referência e contra referência inerentes que permitam assegurar os princípios da integralidade do cuidado e da universalidade da atenção em saúde^{15,12}. A maneira como esta interlocução entre os níveis de atenção acontece e sua efetividade impactam significativamente na forma como os HG estão inseridos nas diversas RAS e as características do atendimento por eles prestados.

Entendem-se fluxos de referência e contra referência como um processo de encaminhamento dos pacientes, de maneira mútua, entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços³². Este conceito traz consigo a ideia de integração da rede assistencial em saúde, cuja construção se baseia na conexão, comunicação, coerência e relação entre os serviços componentes da rede de cuidados ao usuário. Na medida em que se produz um cuidado com integração adequada entre os serviços, permite-se desenvolver um cuidado “completo” e “inteiro”.

Para Mendes (2011)¹¹, a integração pode ser aplicada de duas formas, sendo a horizontal aquela que permite o desenvolvimento do processo de cuidado por meio da

fusão de serviços ou por aliança estratégica obtida com complementariedade em rede; e a vertical, que submete todos os pontos de atenção, de apoio e de logística a uma mesma gestão, com a interlocução obtida por meio de comunicação efetiva, gerando um valor na cadeia de produção de cuidado.

Mediante a falta de integração entre os componentes de uma RAS, visualiza-se a fragmentação do cuidado em saúde, exemplificada por Mendes (2011)¹¹, ao pontuar situações referentes ao cuidado com doenças crônicas, em especial para os casos de hipertensão arterial no Brasil. Este agravo à saúde mantém-se como uma das doenças crônicas submetidas ao cuidado fragmentado e voltado para as condições agudas reativas à ocorrência.

Um grupo de médicos de unidades de urgência mineiras, participantes de pesquisa já citada neste estudo, pontuaram esta situação, evidenciada pela desconexão entre os componentes das RAS quando da inexistência de fluxos de referência e contra referência entre a unidade hospitalar da qual faziam parte e os demais níveis de atenção. Manifestaram também desconhecer a existência de comunicação efetiva entre gestores dos diversos níveis assistenciais e atribuíam isso como um fator determinante para as falhas no exercício da governança pelo Estado, uma vez que esta consiste em arena de articulação e pactuação entre os atores sociais e políticos¹. Este fato agrava os problemas relativos à superlotação das unidades hospitalares, haja vista a impossibilidade que estes serviços enfrentam nas tentativas de encaminhamento dos usuários aos demais níveis de atenção. Ainda, esta situação leva ao uso inadequado de leitos e, conseqüentemente, pode gerar a ideia de ineficiência da média e alta complexidade hospitalar na rede de atenção a saúde.

Campinas, como uma sede regional que dispõe de grande oferta de tecnologia, só comparável à da RMGSP, porém com uma população bem inferior, não dispõe de mecanismos eficientes de regulação, de modo que demandas desnecessárias e externas à região sobrecarreguem os serviços e impeçam o atendimento das necessidades regionais. Esta região reconhece sua falta de governabilidade financeira e de instrumentos de identificação da necessidade e encaminhamento da demanda, além de se constituir em uma arena de interesses de mercado. Tais circunstâncias dificultam o desenvolvimento de uma articulação permanente entre os gestores com o objetivo de prestar uma assistência voltada diretamente para as necessidades da população e, conseqüentemente, para a melhoria do desempenho do sistema¹⁸.

Na regional de Mogi das Cruzes, que possui os menores índices de hospitais, leitos de UTI e cobertura de ESF, detectou-se um grande esforço da gestão, com a criação de mecanismos de participação, de escuta populacional, de formação e negociação. No entanto, a complexidade metropolitana e a proximidade de São Paulo reduzem as possibilidades criadas pelo esforço realizado, somado à incapacidade regional de produzir objetivos comuns entre os gestores que, perseguindo objetivos locais, agem de maneira desintegrada¹⁸.

Uma das soluções para esta problemática está no efetivo fortalecimento regional das RAS, pautado na implementação de um sistema de governança de cunho analítico e investigativo sobre as condições de saúde, permissivo da troca de informações entre os componentes da rede e da transformação nos processos de gestão e de construção de políticas de saúde^{1,33}.

Esta interlocução necessária entre os diferentes atores pôde ser observada em pesquisa realizada na Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Minas Gerais, cujo estudo do seu Comitê Gestor permitiu evidenciar um processo de encontro e comunicação entre os diversos membros representantes dos componentes da rede (gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço e outros), que permeou a sensibilização e divulgação da RAS até a realização de um diagnóstico, definição e tipologia dos pontos hospitalares, sendo uma aposta destes gestores, para acertos no que se refere ao funcionamento desta RUE²².

CONCLUSÕES

Este estudo apresentou alguns fatores inerentes ao sistema de saúde atual que condicionam a maneira como os Hospitais atuam nas RAS, tendo destaque para a inadequada distribuição destes serviços e de seus níveis de escala nos territórios; a presença de um número considerável de HPP que, sem um papel definido, muitas vezes não atendem plenamente as demandas da população; as fragilidades da organização dos serviços em rede, com pouca articulação entre os pontos de atenção; e ainda, a hegemonia do modelo biomédico.

A inadequada distribuição dos HG no território brasileiro, como resultado de planejamentos pautados na oferta e não na demanda definida com base no perfil da população, determina a possibilidade de desarticulação deste componente com o sistema e conseqüentemente sua má representatividade, imprimindo a imagem de ineficácia dos

serviços hospitalares. A existência de estabelecimento hospitalar por si só, destacando-se aqui os HPP, não determina a qualidade na assistência deste nível de atenção, uma vez que não é garantida a disponibilidade dos recursos necessários, podendo inexistir sistemas efetivos de comunicação e integração entre os serviços para o pleno acesso à saúde.

A melhor qualificação, inserção e desenvolvimento HG nas RAS dependerá do enfrentamento, por parte dos gestores, de desafios relacionados ao planejamento e implementação de ações nos diversos componentes da RAS, bem como na disponibilização regional dos mesmos, como fator determinante de melhores condições de acesso do usuário e de resolutividade dos problemas de saúde em cada nível de atenção do Sistema. É inerente a este processo, a potencialização da negociação e coordenação do sistema em um determinado território, ou seja, do efetivo uso de mecanismos de governança regional, o que implicaria na necessidade de redefinição dos papéis dos agentes do sistema de saúde e da política na efetivação dos sistemas de regulação do acesso, formalizada por meio de Contratos de Gestão entre diversos entes, bem como dos planos de regionalização, permitindo melhorar a eficiência dos investimentos e a eficácia dos serviços.

A definição de papéis do HG, quando inexistente, dependerá do perfil populacional, da existência de outros serviços na região, bem como da capacidade de articulação entre os atores envolvidos, sendo possível assumir diversas interfaces assistenciais a depender da região em que se insere e de sua demanda.

REFERÊNCIAS

1. Lima DP, Leite MTS, Caldeira AP. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde Debate* 2015; 39(104):65-75.
2. Kuschinir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
3. Viana ALD et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
4. Brasil. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
5. Rosa T. O papel do hospital na Rede de Atenção a Saúde. *Consensus* 2014; 4(11):13-23.

6. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2015;49:1-9.
7. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2015. *Agência IBGE notícias*; 2015 Ago 28.
8. Pessoa LR, Santos IS, Machado JP, Martins ACM, Lima CRA. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde Debate* 2016; 40(110):9-19.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES)* [Internet]. Brasília: MS. [acessado 2016 Nov 17]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19-32.
11. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In Giovanella, L et al, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
13. Brasil. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001, 26 jan.
14. Brasil. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União* 2002, 27 fev.
15. Dubeux LS, 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* [serial on the Internet]. 2013 Jun [cited 2017 may 5]; 23(2): [about 21 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a03.pdf>
16. Brasil. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011, 28 jun.
17. Barreto Junior IF. Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Saude soc.* [serial on the Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Sep 1];24(2):[about 10 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/en_0104-1290-sausoc-24-02-00461.pdf
18. Venâncio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Moraes MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3951-3964.

19. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2010 Jul-Ago [cited 2018 Jun 22];18(4):[about 9 p.]. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
20. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Rev Saude soc* [serial on the Internet]. 2016 Abr-Jun [cited 2018 oct 20];25(2):[about 15 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>
21. Rocha, et al. Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil. *International Journal for Equity in Health* 2017; 16(1):149.
22. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude soc.* 2015; 24(1):361-373.
23. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? *Physis* 2012; 22(1):199-214.
24. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 22]; 48(2):[about 6 p.]. Available from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00066.pdf
25. Cirino S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES. Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3):1-12.
26. World Bank. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil.** Washington, D.C.: *World Bank Group*, 2017.
27. Pazin-Filho, et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2015 [cited 2017 aug 6];49(83):[about 8 p.]. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/130452/126862>
28. Braga Neto FC, Barbosa PR, SANTOS IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In Giovanella, L et al, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.
29. Cecílio LCO. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* [serial on the Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 10]17(11):[about 9 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>

30. Almeida PF, Gêrvas J, Freire JM, Giovanella L.. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Apr 03];11(1): [about 10p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en
31. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [serial on the Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Sep 1];11(1):[about 10 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n1/a07v11n1.pdf>
32. Aguilera SLVU, França BHS, Moisés ST, Moisés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública* 2013; 47(4):1021-1039.
33. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48(4):622-631.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

5.2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

A MCH objeto deste estudo é constituída por dois hospitais gerais públicos, estaduais, prestam assistência em sua totalidade aos usuários do SUS, no âmbito da UE além de atuar na realização de procedimentos eletivos (CNES, 2017). Estão localizados em um mesmo município, sede de uma RS com 21 municípios, com população estimada no início desta pesquisa de 553.393 habitantes, número que corresponde cerca de 58,0% da população total da RS (IBGE, 2016).

A capacidade produtiva deste município no âmbito da atenção em saúde é garantida por equipamentos nos três níveis de atenção e, no âmbito do atendimento a UE, garante estabelecimentos disponíveis na Atenção Primária em Saúde (APS), no nível secundário e terciário. Os dois hospitais estudados estão entre os quatro hospitais estaduais públicos disponíveis no município, sendo o terceiro uma maternidade e o quarto de alta complexidade. Possuem ainda, três hospitais filantrópicos de alta complexidade, além de serviços especializados (LONDRINA, 2018).

Do ponto de vista estrutural, o número de leitos SUS neste município corresponde a 64,1% do total dos leitos gerais vinculados ao SUS na RS, tendo a MCH estudada 8,6% do total de leitos SUS da RS e 12,3% dos leitos SUS do município. A MCH estudada possui um total de 231 leitos (média de 115,5 leitos em cada hospital) direcionados para internações provenientes do atendimento de UE da instituição e para internações cirúrgicas de caráter eletivas e de urgência (CNES, 2017).

Segundo Araújo e Lobo (2018), 61% dos hospitais brasileiros possuem menos de 50 leitos e 80% contam com menos de 100 leitos, ao passo que o tamanho ideal pra a obtenção de economia de escala está em torno de 150 e 250 leitos. Desta maneira, isoladamente, cada um dos hospitais aqui estudados não teria a capacidade de garantir economia de escala, no entanto, vale atentar-

se para o fato de que sua proximidade geográfica confere ao município um aporte de economia de escala de média complexidade na atenção hospitalar. Esta realidade é consonante com a perspectiva da organização de redes, em que os serviços assistenciais que exigem maior volume de recursos financeiros, como os componentes de Média e Alta Complexidade (MAC), exigem conformação de produção com economia de escala, com tendências a concentração em municípios que possuem maior centralidade (DUARTE, MENDES, 2018).

Esta concentração dos recursos, segundo Mendes (2011), permite sua melhor aplicabilidade e controle, otimizando os processos assistenciais em rede. Ao mesmo tempo em que isto acontece e que existe a facilidade geográfica de acesso aos usuários munícipes, exige qualidade e efetividade dos processos regulatórios para sustentar a representatividade destes hospitais de maneira regional.

Este aporte de escala conferido ao município em questão é potencializado pela existência de equipamentos de saúde voltados à assistência de alta complexidade hospitalar, conforme citado acima, facilitando os processos regulatórios interserviços e o acesso à média e alta complexidade (LONDRINA, 2012).

5.2.2 PERFIL INSTITUCIONAL

Mesmo que outros equipamentos de atenção em saúde sejam fundamentais na conformação das RAS, a atenção hospitalar segue mantendo um papel de destaque na prestação de assistência à saúde. Esse destaque se manifesta tanto do ponto de vista do potencial técnico-assistencial com concentração de saberes e tecnologias, quanto na perspectiva da mídia e do usuário que visualizam a representação simbólica de um local privilegiado e verdadeiramente expressivo no que se refere a um serviço de saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2012).

A PNHOSP coloca os hospitais como equipamentos de saúde que possuem estrutura organizativa complexa, voltada para o atendimento da

população segundo o perfil epidemiológico e demográfico da RAS onde se inserem, em consonância com os princípios do SUS e com os preceitos da regionalização (BRASIL, 2013; 2017, SANTOS; PINTO, 2017). Diante disto e mediante as peculiaridades referentes a cada realidade em que se insere, a constituição do perfil assistencial merece atenção.

O que se observa nos documentos analisados é uma incipiente descrição do perfil de atendimento e de referências para os hospitais estudados, especialmente em documentos formais, direcionadores do processo de regionalização. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um documento proposto a partir da NOAS 01/02 como principal instrumento de conformação das RS em cada estado e de definição de prioridades da assistência com base nas necessidades população (DANTAS; FEITOSA, 2013, BRASIL, 2002). O PDR analisado foi o construído em 2015 e observou-se que os hospitais estudados estão descritos como componentes da rede de serviços destinados à prestação de assistência de abrangência regional, compondo a RUE. Ambas as instituições se constituem em “portas-de-entrada” para acesso espontâneo ou regulados dos usuários para atendimento de UE (PARANÁ, 2015).

Dada a importância do PDR como instrumento de gestão estadual, com pactuações desenvolvidas entre gestores das instâncias estadual e regional de saúde e frente à capacidade instalada dos hospitais estudados, infere-se a existência de frágil descrição do papel e do perfil de atendimento das instituições deste estudo (BRASIL, 2002; 2011).

Da mesma maneira, semelhantemente a citação encontrada no PDR, o Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de Urgência e Emergência aprovado em 2018, descreve os hospitais em seu escopo, como portas de entrada de urgência, voltadas para atendimento aos 21 municípios integrantes da RS, porém incipiente ao colocar seus perfis de atendimento e de referenciamento (PARANÁ, 2015; 2018).

Os achados apresentados mostram que mesmo que estes documentos apresentem elementos de citação a respeito destas unidades

hospitalares, a ausência de informações referentes aos aspectos regulatórios e de referenciamento hospitalar sugerem um grau de desarticulação destes equipamentos dos demais serviços e instituições constitutivos da rede de saúde.

Viana et al. (2018) apontam a necessidade de se resgatar uma reflexão estratégica sobre os hospitais, marginalizadas em virtude de críticas ao hospitalocentrismo. Para estes autores não são realizados procedimentos avaliativos sobre a efetividade destas instituições no sistema e nem são propostas medidas que as integrem de maneira fiel aos demais equipamentos da RAS. Ainda para os autores, a proposição da PNHOSP, mesmo que composto de um escopo teórico relevante, não evidenciou uma abordagem efetiva sobre o problema.

5.2.3 A GESTÃO ESTADUAL E A GESTÃO MUNICIPAL

Os hospitais estudados são instituições de administração pública e possuem como mantenedora a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e estão sob gestão municipal. O município em questão compõe o grupo dos municípios brasileiros que, a partir de 2002 receberam habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal (ARRETCHE, 2003). Atualmente, mantém-se responsável pela gestão de todo o sistema de saúde, bem como pelo recebimento do total de recursos federais programados para o custeio da assistência prestada pelo SUS em seu território, por meio de transferência fundo-a fundo (CNES, 2018). Conseqüentemente, mesmo sendo instituições estaduais, têm o custeio das ações e serviços prestados, realizado por meio destes recursos.

Conforme este tipo de gestão é operacionalizado, as atividades de Regulação do Sistema de Saúde são também atribuídas ao gestor municipal, responsável por medidas de controle e monitoramento da atenção em saúde e do acesso aos serviços localizados na abrangência municipal. A regulação, quando colocada pela NOAS 01/02, foi definida como uma alternativa para disponibilizar a assistência mais adequada as necessidade dos usuários, de maneira equânime, ordenada, oportuna e qualificada, cabendo esta responsabilidade, neste contexto, também ao gestor municipal (BRASIL, 2002).

Desta maneira, além dos trâmites financeiros no repasse de recursos para o custeio da atenção em saúde dos estabelecimentos presentes em seu território, fica o gestor municipal responsável por:

- a)** Estruturar o serviço de Controle e Avaliação.
- b)** Coordenar, controlar, regular e avaliar o Sistema de Saúde no seu âmbito.
- c)** Controlar, regular, avaliar a prestação de serviços sob sua gestão.
- d)** Identificar focos de desajuste sistemático entre oferta pactuada e demanda no seu âmbito (CONASS, 2003).

A realidade exposta originou-se do processo de descentralização ocorrido no SUS, se assemelhando também a diversos outros países em desenvolvimento. Naquele momento, a gestão municipal passou a ser o maior responsável pela atenção em saúde, cabendo ao Estado coordenar as ações de saúde, corrigindo as disparidades intermunicipais e programar serviços e recursos nas ocasiões em que os municípios não estavam aptos a fazê-lo (SCALCO, 2015).

O intuito da descentralização do sistema de saúde foi provê-lo de maior eficiência e assertividade e definir responsabilidades pela provisão dos serviços públicos pelos três níveis de governo, atribuindo ao nível local um papel central na condução das políticas públicas (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016; SCALCO, 2015). Iniciou-se com a edição das NOB do SUS, na década de 1990, e foi com a NOAS 01/2002 que o processo de descentralização foi efetivado e alguns municípios brasileiros passaram a serem considerados Gestores Plenos do Sistema Municipal (BRASIL, 1993; 1996; 2002, CONASEMS, 2003).

Na medida em que a gestão municipal se efetiva sobre os hospitais em estudo, o Estado se coloca na posição de ente federativo mantenedor destes serviços nos aspectos estruturais e de recursos humanos, bem como nas diretrizes de gestão e planejamento intra-hospitalar, com poucas evidências de intervenção no sentido da regionalização destes serviços, bem como na definição do perfil assistencial que atenda o território sanitário de

abrangência, ficando isso sob responsabilidade do ente municipal vinculado diretamente ao gestor hospitalar.

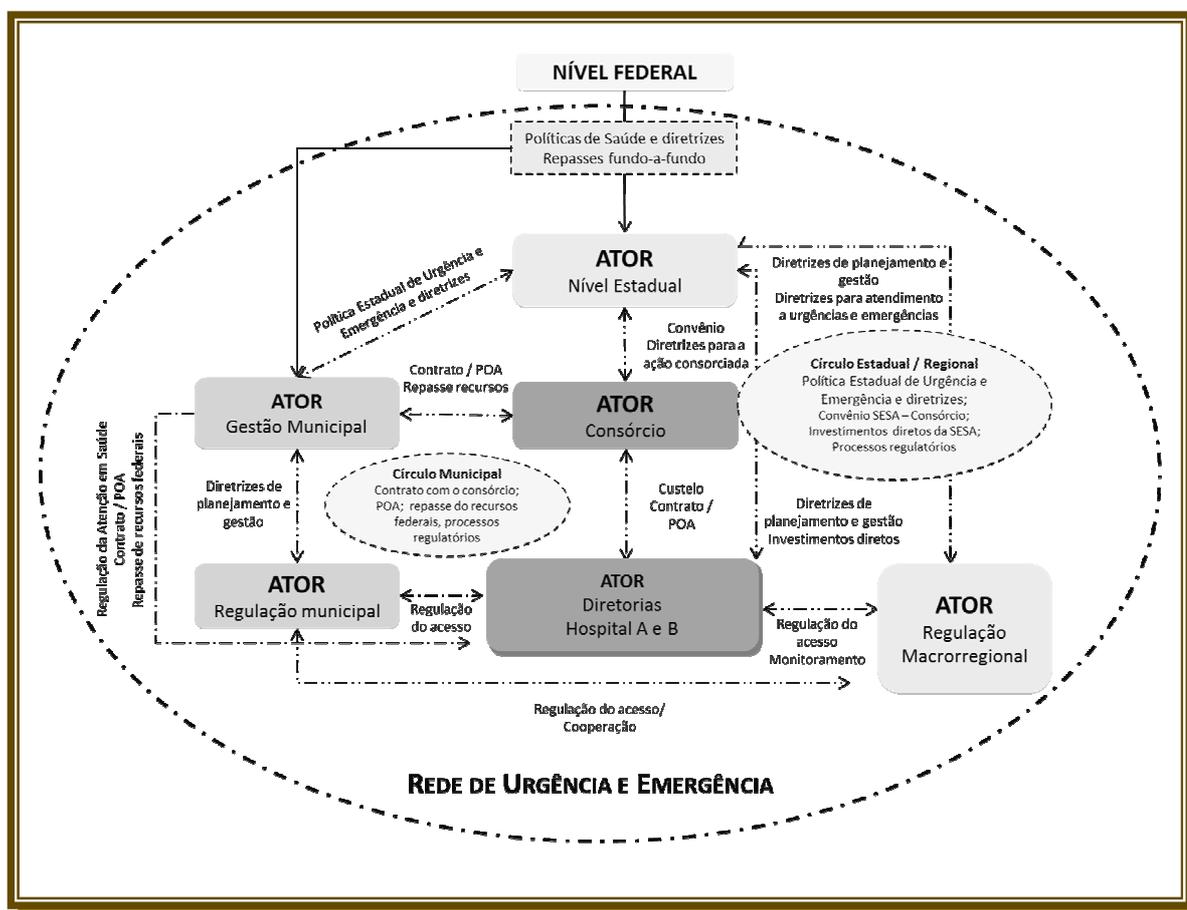
Mesmo que o compartilhamento de competências entre esferas de governo deva apontar a cooperação federativa, não se pode garantir que estes atributos sejam dominantes (MACHADO; PALOTTI, 2015). O afastamento da gestão estadual do sistema de governança em redes é comum em diversos territórios brasileiros, historicamente determinado pelo processo de descentralização com transferência de poderes e autonomia aos entes municipais (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2004; MELLO et al., 2017).

5.2.4 A ESTRUTURA DE GESTÃO, OS ATORES E OS PROCESSOS ENVOLVIDOS

Este estudo não se restringiu a analisar somente as responsabilidades inter-federativas na gestão em saúde, mas discorrer sobre a descentralização na perspectiva de um processo que alavanca a conformação de redes de atores relacionados na implementação de políticas públicas, as relações existentes, levando-se em conta os instrumentos de gestão utilizados nestes relacionamentos. Para Fleury e Ouverney (2007), as necessidades de articulação na implementação de políticas leva a relacionamentos entre atores diversos que possuem interesses em comum, com objetivos e metas compartilhadas.

Na formatação apresentada neste estudo, o arranjo compõe-se de atores relacionados direta ou indiretamente com a gestão, ou seja, com o papel de gestor ou como apoiador nos processos de análise do desempenho institucional em rede e na implementação de fluxos de acesso e de melhorias dos serviços. Incluem-se como atores deste estudo: dois diretores hospitalares (Hospital A e B), o representante da gestão estadual na coordenação da rede de hospitais próprios, o gestor municipal, os responsáveis pelos complexos reguladores, municipal e regional e o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) saúde que atende a RS.

FIGURA 1 – Representação gráfica da estrutura de gestão e da relação entre os atores envolvidos na gestão dos hospitais A e B, para atuação na RUE e na implementação de políticas voltadas para a área da urgência e hospitalar, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.



Fonte: a autora.

A Figura 1 consiste em uma representação gráfica construída a partir do modelo apresentado no desenvolvimento do referencial teórico desta tese e do modelo teórico explicativo da composição da rede de atores, construída a partir da observação realizada pela pesquisadora enquanto profissional de saúde atuante neste contexto.

O processo de regionalização em saúde no território brasileiro, no contexto do Pacto pela Saúde, evidenciou mudanças importantes na conformação das relações, com a introdução de novos atores, alterações no perfil de exercício de poder no interior da política de saúde e a inserção de novos objetos, regras e processos, guiados pela coexistência de diversas concepções e

ideologias (LIMA et al., 2012). Considerando isto, neste momento, pretende-se esclarecer, a partir da estrutura de gestão e da rede de atores apresentados, as linhas relacionais e existentes para a implementação de políticas voltada para a área hospitalar e da UE em consonância com o funcionamento em redes, evidenciado por meio da análise documental realizada.

Do ponto de vista macro-organizacional considerou-se importante destacar o papel do Estado, na figura da SESA, em uma relação verticalizada dentro desta estrutura - “ator nível estadual” - responsável pela Gestão Estadual do Sistema e coordenação do SUS em seu território, com o papel de articulador entre a União e municípios (CONASEMS, 2003).

No contexto do estudo o Estado é o mantenedor dos hospitais e tem como representante no âmbito da gestão hospitalar, uma superintendência específica, originada de uma remodelagem institucional, para potencializar a gestão dos hospitais no Estado. Consiste em uma unidade técnico-administrativa centralizada da SESA para a coordenação da política estadual das unidades hospitalares próprias. Atua também na definição de estratégias, diretrizes e indicadores de avaliação de desempenho dos hospitais, levantamento de necessidades de investimentos e ainda participa na elaboração e no acompanhamento dos Convênios de Gestão e os Planos de Trabalho firmados no âmbito da SESA (PARANÁ, 2015).

Como representantes do ente estadual em nível local de gestão estão as diretorias dos hospitais estudados, em relação hierárquica verticalizada de subordinação com a superintendência, por meio da qual se faz a articulação com a SESA. A eles cabe a responsabilidade de gerir internamente o desenvolvimento da assistência, bem como dos recursos disponíveis, com o apoio da SESA, articulando com os demais atores do arranjo, para plena atuação nas RAS e em especial, para este estudo, na RUE.

A colocação das diretorias dos hospitais em estudo é determinada por meio de indicações político-partidárias e as frequentes trocas destes representantes, influenciadas, em grande parte das vezes, por forças

políticas, revelam problemas para a gestão pública. Esta situação corrobora o abordado por Praça, Freitas e Hoepers (2012), de que a taxa de permanência de servidores de confiança no governo federal brasileiro entre dezembro de 2010 e abril de 2011 foi de 58,61%. Esta realidade revela-se como fator importante para a perda da organização da gestão e planejamento, desperdiça a experiência de técnicos e permite a conformação de redes informais de poder (PRAÇA; FREITAS; HOEPERS, 2012).

As diretorias dos hospitais, em seus processos de planejamento e organização institucional na realidade em questão, possui uma relação próxima e direta com o gestor municipal. Esta relação está apoiada na contratualização entre o gestor municipal, representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o CIS representado neste estudo como “ator consórcio”.

O processo de contratualização, segundo a PNHOSP, tem a finalidade de formalizar as relações existentes entre os gestores públicos e os hospitais integrantes do SUS, por meio de compromissos firmados entre as partes envolvidas com vistas à qualificação da assistência hospitalar e do sistema de saúde e de acordo com as diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2013).

O CIS como ator deste arranjo de gestão aqui apresentado e de grande importância do ponto de vista de sustentabilidade financeira e operacional dos hospitais, foi criado em 1995 e atualmente configura-se como um consórcio público de associação pública e com personalidade de direito público e natureza autárquica, sem fins lucrativos (PARANÁ, 2012). Possui a atribuição de receber os recursos federais repassados ao nível municipal, realizar a sua movimentação e aplicá-los para suprimento das demandas assistenciais das instituições estudadas (PARANÁ, 2018). Na operacionalização de seu trabalho, o CIS deve, conforme estabelecido na Lei 11.107 de 2005, obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS, tendo seus objetivos determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais (BRASIL, 2005).

O contrato mencionado prevê o custeio das ações de saúde desenvolvidas pelos hospitais estudados, por meio do repasse financeiro proveniente do nível federal e repassado ao ente municipal. A partir daí, o ente municipal repassa recursos ao CIS, que possui autonomia administrativa para gerenciá-los e para proceder ao custeio dos serviços hospitalares. Este repasse prevê o custeio das ações de saúde prestadas pelos hospitais, constituindo-se de um recurso proveniente do nível federal para custeio da MAC (LONDRINA, 2014).

Além da responsabilidade de sustentação financeira da MCH estudada, o município deve proceder às atividades de monitoramento e avaliação da atenção à saúde prestada por serviços localizados em seu território. Desta forma, deve garantir a execução das ações e serviços de saúde pactuados nos contratos sob sua gestão; auditar, quando couber, acompanhar, controlar, avaliar e regular as ações e serviços de saúde, com avaliação analítica da produção, e a avaliação de desempenho dos serviços e da gestão (BRASIL, 2008; LONDRINA, 2014). Prevê desta forma, uma melhor resposta às necessidades da população, por meio da prestação de serviços de qualidade, mensuráveis a partir da definição de metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas pelos serviços, meios de operacionalização e incentivos contemplados (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Neste contexto, o Plano Operativo Assistencial (POA) consiste no instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados e pactuados, devendo nele conter:

- I. A definição de todas as ações e serviços de saúde que serão prestados pelo hospital;
- II. A definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratados;
- III. A definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratados;
- IV. A definição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos;
- V. A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho organizacional;

VI. A definição do teto financeiro mensal pactuado e sua variação de acordo com o cumprimento das metas (BRASIL, 2012).

Do ponto de vista da gestão hospitalar no município onde estes hospitais estão localizados, o POA consiste em um instrumento viável para a implementação do processo reestruturação da PNHOSP. Serve também para aperfeiçoar a articulação entre os hospitais e a rede municipal e estadual de saúde e definir as metas físicas a serem cumpridas dentro do contrato já citado, determinando incentivos financeiros às partes do contrato. Nele são descritos os compromissos gerais das partes do contrato, bem como as metas físicas e qualitativas, indicadores de desempenho e os métodos a serem utilizados para controle e avaliação (LONDRINA, 2014).

Trata-se aqui da contratualização de resultados que no setor público propõe-se a superar o controle clássico desvelado pela hierarquia, e o burocrático determinado pelo cumprimento de normas (GOTTEMS et al., 2016). Neste sentido, permite-se a aplicação de mecanismos de pactuação de metas, indicadores de desempenho e instrumentos avaliativos, permitindo maior controle por parte do Estado e da sociedade. Passa-se a ter em mãos instrumentos de administração pautados em objetivos e metas e que visa a busca por eficácia, efetividade e eficiência nos serviços públicos e na estruturação das políticas públicas de saúde (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Dada a importância destes instrumentos para a efetividade da atenção hospitalar no contexto estudado, prevê-se que o delineamento das ações de saúde a serem prestados por estes estabelecimentos bem como seus perfis e referências sejam bem descritas. O que se observa, portanto, é que, da mesma forma como está descrito nos instrumentos estaduais de regionalização, citados anteriormente, este contrato define de maneira bastante superficial a inserção dos hospitais estudados na rede local e regional de saúde.

Neste instrumento consta que, mediante a contratualização de serviços hospitalares, cabe às partes, bem como às unidades, dentre outras responsabilidades, zelar pela qualidade e resolutividade da assistência. No

âmbito da atenção às urgências, devem: manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 horas por dia, nos sete dias da semana, com a implementação do protocolo de classificação de risco, com Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Também devem se submeter aos Sistemas de regulação do SUS tais como Central de Regulação de Leitos, Central de Regulação de Urgências (SAMU); e integra-se uma com a outra para o direcionamento dos usuários conforme necessidades e características de atendimento (BRASIL, 2013; LONDRINA 2014).

Os processos avaliativos referentes ao cumprimento dos termos do contrato, bem como das metas estabelecidas em POA, para desempenho dos hospitais aqui estudados, devem ser avaliados por uma Comissão de Avaliação do Contrato, composta pelo gestor municipal de saúde, gestor estadual de saúde, controle social, representante do Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), CIS e gestor hospitalar.

A referida comissão, nos processos de análise devem utilizar os relatórios disponibilizados pelo gestor municipal originados dos bancos de dados do DATASUS, relatórios encaminhados pelos hospitais em estudo, bem como aqueles oriundos da auditoria operativa realizada pelo gestor municipal nestas unidades que é operacionalizada pela DRAS, em parceria com diretorias afins. Estas ações de auditoria analítica e operativa visam verificar as conformidades e não conformidades sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, analisando documentos médicos, hospitalares e dos sistemas de informações disponíveis pelo DATASUS/MS (LONDRINA, 2019).

De maneira geral, Gottens et al. (2016) teceram um consenso entre diversos achados na literatura, considerando que o processo de contratualização se compõe de pelo menos cinco fundamentos:

- 1) Relacionam gestores do setor público federal, estadual e municipal, das unidades assistenciais, comunidades, instâncias de financiamento e demais parceiros na busca por melhor qualidade da atenção em saúde.

- 2) Envolve diversas atividades de assistência à saúde, como serviços diagnóstico e terapêutico, logística, planejamento e financiamento, unidades assistenciais dentre outros.
- 3) Consiste em uma política pública estratégica para melhoria no desempenho do sistema de saúde e seus componentes.
- 4) A avaliação dos objetivos, indicadores e metas deve ser periódica e sistemática.

Identificou-se que, tanto o contrato quanto o POA analisados neste estudo datam de 2014, ou seja, dois anos anteriores ao início deste estudo, e ponderaram metas conforme dados e informações de produção apresentados a época. Considerando que o processo de contratualização adotado no sistema de saúde brasileiro visa o financiamento dos hospitais com repasse baseado na série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento e que, segundo a Portaria nº 3.410 de 2013, seu documento descritivo deve ter uma validade de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado, no máximo, após o período de validade, na vigência deste estudo, este documento já havia passado por invalidade operacional (BRASIL, 2013).

A Tabela 1 apresenta sinteticamente algumas metas pactuadas ano de 2014, no intuito de desenvolver processos de monitoramento e avaliação ao longo da vigência contratual.

TABELA 1 – Metas qualitativas constantes do Contrato firmado em 2014 e a produção real realizada mensalmente, nos hospitais estudados, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.

METAS QUANTITATIVAS	HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	PACTUADOS MENSAL 2014	REALIZADOS	PACTUADOS MENSAL 2014	REALIZADOS
		MENSAL JAN 2016 – JUN 2017		MENSAL JAN 2016 – JUN 2017
Atendimentos de Pronto-socorro	7.000	5.242	5.300	2.764
Internações hospitalares cirúrgicas de urgência	60	61	-	7
Internações hospitalares clínica médica (urgência)	275	264	320	265
Internações hospitalares pediátricas (urgência)	50	39	80	48
Percentual dos pacientes atendidos na unidade de urgência após a classificação de risco discriminado o atendimento por nível de prioridade.	100%	100%	100%	100%
Percentual de pacientes atendidos no hospital regulados.	75%	12,8	75%	12,1%

Fonte: Londrina (2014) e DRAS (2018).

As unidades de atendimento a urgências e emergências destas instituições possuíam uma realidade na época da pactuação de metas que lhes permitiu acordar uma média mensal de 7.000 atendimentos para o hospital A e 5.300 atendimentos para o hospital B. A realização de números aquém do pactuado nos anos seguintes revelou uma mudança no padrão de atendimento, exigindo nova pactuação, minimamente ao final do prazo determinado normativamente.

Portanto, estando ele vigente durante todo o período de estudo, questiona-se a validade de todo o processo já que uma análise realizada em anos anteriores pode não revelar fielmente a realidade de desempenho, invalidando os processos avaliativos e o repasse financeiro passa a não ser justo e condizente com a produção real dos estabelecimentos.

Da mesma maneira, visualizando-se o percentual pactuado para casos regulados e aqueles das quais a regulação foi realmente efetivada, evidencia-se um baixo envolvimento dos processos regulatórios do acesso a atenção hospitalar de média complexidade para os casos de urgência e emergência clínica. Ainda, com estas informações, infere-se a grande parcela de atendimentos por procura espontânea nestas instituições. Tais dados e discussões serão mais claramente esclarecidos a seguir, na segunda parte dos resultados, com a apresentação de um artigo construído a partir dos dados quantitativos coletados nesta pesquisa.

Além do repasse municipal, as instituições contam com duas vias de investimentos realizados pelo Estado (Quadro 1):

- ▶ **Investimentos diretos:** em estrutura por meio do suprimento de materiais médico-hospitalares e outros diversos, alguns serviços terceirizados, aquisição de serviços voltados à manutenção estrutural; e quadro de pessoal (Quadro 2).
- ▶ **Convênio:** firmado entre a SESA e o CIS desde 1997 para desenvolver o gerenciamento administrativo e financeiro de atividades dos hospitais A e B estudados. Dispõe de uma via de financiamento dos hospitais com suporte ao atendimento à urgência nos hospitais por meio de repasse de recursos financeiros para a manutenção e desenvolvimento de serviços assistenciais à saúde no âmbito da urgência de nível secundário, estabelecidos como referência para a RS onde estão inseridos. Visa à contratação, por meio de pessoa jurídica, de especialidades de acordo com o limite orçamentário deste convênio. Neste sentido, o Estado tem a responsabilidade de transferir recursos financeiros na forma de Plano de Aplicação, bem como monitorar e fiscalizar o cumprimento do objeto (quadro 2). Este convênio possui como referência a superintendência anteriormente citada e como gestor do Convênio, o Secretário de Estado da Saúde (PARANÁ, 2018). A modalidade de Convênio foi prevista na NOB/91, a partir da criação dos citados Consórcios entre os Municípios, permitindo a disponibilização de recursos mais sofisticados aos cidadãos das cidades menos privilegiadas, em troca de repasses monetários (SCALCO, 2015; BRASIL, 1991).

QUADRO 1 – Descrição das vias de financiamento dos hospitais em estudo, formas de contratualização e características de cada recurso, Paraná, período de janeiro de 2016 a junho de 2017.

FONTE DO RECURSO	GESTÃO	FORMA DE CONTRATUALIZAÇÃO	CONTEMPLA
Fundo Nacional de Saúde - FNS	Municipal	Contrato entre município e CIS / POA	Valor pré-fixado Valor Pós-fixado
Fundo Estadual de Saúde - FES	Estadual	Convênio	Contratação de especialidades médicas para atendimentos de UE
Estadual – investimentos diretos	Estadual	-	Aspectos estruturais: estrutura física, materiais, recursos humanos e contratação de serviços terceirizados.

As portas de entrada para atendimento de urgência e emergência nos hospitais estudados são passíveis de regulação do acesso que corresponde a uma das ações propostas pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde do SUS. Consiste em um instrumento de organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, estabelecidos por complexos reguladores (BRASIL, 2008).

No contexto do estudo, evidenciaram-se dois complexos reguladores do acesso, sendo eles vinculados às instâncias municipal e macrorregional (“ator regulação municipal” e “ator regulação macrorregional”). Ambas se relacionam com o ator gestão hospitalar, no sentido de organizar o acesso às unidades de urgências dos hospitais estudados. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Do ponto de vista da regulação municipal, inserido no nominado Círculo Municipal, existe a Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde (DUES), órgão da SMS responsável pela gestão da rede municipal de atenção às

urgências, composta por pronto-atendimentos, portas de entrada municipais, UPA, SAMU e Central de Regulação de Leitos municipal. O sistema regulador fica sob gerência da SMS, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal.

A regulação macrorregional é realizada pelo Complexo regulador macrorregional que está sob gestão e gerência da SESA, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da macrorregião de saúde. Na análise das linhas relacionais observa-se a atuação, além do referido complexo, do Estado e dos hospitais, incluso no que neste estudo nominou-se Círculo Estadual/regional.

Os processos regulatórios neste contexto e, considerando os hospitais estudados como estaduais sob gestão do município, acontecem tanto pelo complexo regulador municipal quanto estadual. Neste sentido, cabe considerar que existe uma relação cooperativa entre os complexos regulador municipal e macrorregional. A partir de setembro de 2012, a gestão de saúde municipal incorporou o Complexo Regulador de Urgência da região de saúde e a Unidade de Suporte Avançado para os transportes intra-hospitalares, anteriormente sob gestão exclusiva da Regional de Saúde. Possibilitou a atual atuação complementar e conjunta dos complexos reguladores, municipal e estadual, para a otimização do acesso dos usuários da região aos leitos hospitalares do município sede da região de saúde, onde se concentra a maior economia de escala (LONDRINA, 2014).

Com isso, ampliou-se a área de abrangência assistencial para os 21 municípios que compõem a região de saúde em questão, passando de três para nove bases descentralizadas do SAMU na região. Este processo de regionalização do Complexo Regulador de Urgência atendeu ao amplo conceito da saúde como direito social e de cidadania, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde (LONDRINA, 2014).

O acesso dos usuários a estes hospitais acontece de maneira regulada ou por meio de procura espontânea. Segundo o Plano Estadual de Saúde, a regulação médica do acesso dos pacientes a estas instituições, assim como aos demais pontos do sistema, consiste em um instrumento essencial no cumprimento da organização da rede assistencial, racionalização do fluxo e garantia a qualificação da atenção em saúde com economia de escala e otimização da capacidade instalada (PARANÁ, 2016).

5.3 ARTIGO 2

HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O QUE SUA PRODUÇÃO REVELA?

MEDIUM-COMPLEXITY HOSPITALS IN THE URGENCY CARE NETWORK: WHAT DOES YOUR PRODUCTION REVEAL?

RESUMO

Objetivou-se analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências de uma região de saúde, segundo dados de produção hospitalar. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e quantitativo, com dados secundários referentes a janeiro de 2016 a junho de 2017, obtidos dos hospitais, do serviço de auditoria do município, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Evidenciou-se que 96,2% e 97,4% dos atendimentos no Hospital A e B, respectivamente, foram a munícipes; a média de 70,8% dos atendimentos nos dois hospitais não foi regulada, sendo 72,3% e 65,2% para o hospital A e B, respectivamente, com acesso por procura espontânea. Identificou-se um baixo número de atendimentos de urgência e que evoluem para internação; as Condições Sensíveis à Atenção Primária representaram uma média, nos dois hospitais, de 39,3% (17 a 20% dos gastos com internações). Mesmo constituindo referências regionais, estes hospitais demonstraram baixa atuação no atendimento de urgência a usuários de outros municípios, revelando necessidades de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente locais e buscando a qualificação dos mecanismos regulatórios e comunicativos regionais para qualificação do acesso aos hospitais estudados.

Palavras-chave: Hospitais, Regionalização, Assistência Integral à Saúde, Saúde Pública.

SUMMARY

The objective of this study aimed to analyze the performance of two general public hospitals of medium complexity in the Attention to Emergency Care Network of health region, according to hospital production data. It was conducted a cross-sectional study, descriptive and quantitative, with secondary data from January 2016 to June 2017, obtained from the following: hospitals, municipal audit service, Hospital Information System of the Unified Health System, and Brazilian National Registry of Healthcare Establishments. It was evidenced that 96.2% and 97.4% of the attendances at Hospital A and B, respectively, were from citizens; the average of 70.8% of the attendances in both hospitals was not regulated, being 72.3% and 65.2% for hospital A and B, respectively, with access by spontaneous search. A low number of emergency health care that evolve to hospitalization was identified; Primary Care Sensitive Conditions represented an average in both hospitals of 39.3% (17-20% of hospitalization expenses). Although constituting regional references, these hospitals showed low performance in emergency care to users from other municipalities, revealing the need to expand access to health services, especially local and seeking the qualification of regional regulatory and communicative mechanisms to qualify access to the studied hospitals.

Key words: Hospitals, Regionalization, Comprehensive Health Care, Public Health.

INTRODUÇÃO

A atenção hospitalar integra uma importante área da assistência em saúde e exige discussões constantes no que se refere à implementação de políticas públicas, na medida em que esta área se torna mais complexa acompanhando a aplicação das tecnologias em saúde; e onerosa uma vez que corresponde a dois terços dos gastos do setor saúde^{1,2}. Neste cenário, amplia-se a complexidade dos processos de gestão da área hospitalar, exigindo maior efetividade nos processos regulatórios, de financiamento, de gerenciamento de tecnologias e na administração dos recursos humanos e físicos.

Todo este movimento no sistema de saúde é reflexo das necessidades de um grupo aumentado de potenciais usuários originados do crescimento da população idosa e de condições crônicas de saúde que demandam de maior utilização de tecnologias em saúde³. Além disso, é constante a preferência, por parte da população, pelo modelo centrado nas tecnologias médicas, determinada historicamente a partir da ampliação do porte estrutural dos hospitais, constituindo-se em um nível assistencial hegemônico e de alto custo.

A regulamentação da atenção hospitalar no SUS teve início logo a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988⁴ e, ao longo de 30 anos documentos federais legislaram a respeito deste componente estrutural¹. Em 2013, a Portaria nº 3.390 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo o perfil assistencial orientado pela demografia e epidemiologia do território⁵.

Mendes (2011)⁶ propõe alguns fundamentos para a organização e efetividade das RAS e de seus serviços constituintes:

Economia de escala, acesso e qualidade: organização da RAS de maneira que serviços de menor economia de escala, cuja distância é fator de acessibilidade, sejam distribuídos dispersamente; e aqueles com maior economia de escala, sejam alocados concentradamente considerando que a distância possui menor impacto sobre o acesso.

Territórios sanitários: considerando a necessidade de se planejar a assistência com base nas características do território e da população.

Integração horizontal e vertical: a *integração horizontal* acontece entre serviços de produção semelhantes, com adensamento da produção e ganhos em escala enquanto a *integração vertical* se dá entre unidades de produção de diferentes níveis de atenção, sob gestão única e com sistema logísticos eficazes, permitindo gerar valor em rede.

Processos de substituição: agrupamento de recursos entre e nos serviços de saúde permitindo melhores soluções, com menor custo em reposta às necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Níveis de atenção: são arranjos produtivos estruturados conforme densidades tecnológicas, desde a APS até a atenção secundária e terciária.

É de extrema importância considerar que a relação do sistema hospitalar com a Atenção Primária em Saúde (APS) deve acontecer de maneira estreita sendo a última designada como a coordenadora dos fluxos na RAS. No entanto, mesmo com importantes avanços na ampliação do acesso à APS⁷ e esforços na efetivação da atenção hospitalar, desafios são colocados aos gestores em saúde^{7, 8}. Um deles consiste no fato de que os serviços hospitalares com unidades de Urgência e Emergência (UE) apresentam uma procura crescente de pacientes portadores de condições de saúde de menor urgência, originado da demanda reprimida de outros níveis de atenção, impondo um volume de atendimento além da capacidade instalada⁸. No Brasil, 90% dos atendimentos nos serviços de UE estão relacionados a casos clínicos de menor complexidade, passíveis de cuidados na APS⁹.

Esta problemática impõe à gestão a necessidade de refletir sobre o papel do componente hospitalar nas RAS. Esta realidade não representa algo novo e possui um potencial de agravamento conforme as doenças crônicas avançam, revelando necessidades de incorporação deste tema nas pautas referentes à implementação de políticas públicas e planejamento da gestão dos serviços participes das RAS.

O uso de dados estatísticos de produção consiste em uma ferramenta de grande valia para os gestores nas análises da situação de saúde, visto que geram informações e apoiam processos gerenciais e de planejamento da atenção hospitalar². Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção as Urgência (RAU) de uma Região de Saúde (RS), segundo seus dados de produção hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa a partir da análise de dados secundários referentes à produção de dois hospitais públicos estaduais de uma RS. Estes, aqui nominados Hospital A e Hospital B, consistem em

estabelecimentos de média complexidade, vinculados a Secretaria de Estado da Saúde e sob gestão municipal. São hospitais gerais que, segundo o Plano Diretor de Regionalização e o Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de UE, correspondem a equipamentos de abrangência regional, compondo a RAU, com portas-de-entrada para atendimentos de usuários dos 21 municípios que compõe a referida RS. Localizam-se em um mesmo município cuja população estimada para o ano 2018 foi de 563.943 mil habitantes, que corresponde a 58,0% da população total da RS da qual é integrante e sede. Segundos os dados, o número de leitos corresponde a 114 no hospital A e 117 no hospital B.

Foram coletados dados do período de janeiro de 2016 a junho de 2017, referentes aos atendimentos nas unidades de UE das instituições estudadas. Estes dados foram obtidos de relatórios disponibilizados pelos hospitais em estudo e pela Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde (DRAS) do município onde estes estabelecimentos estão localizados, que emitem mensalmente, seus relatórios de Auditoria Operacional.

Ainda, utilizaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), referentes às internações resultantes dos atendimentos da unidade de UE, sendo esta considerada uma fonte suficientemente capaz de suprir as necessidades de coleta de dados desta pesquisa. A busca no SIH/SUS foi realizada via site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) procedendo-se a exportação dos dados para o Programa TabWin, com posteriores cruzamentos.

Outros dados que apoiaram a discussão do presente estudo foram buscados nas bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados foram tabulados e analisados no Programa Microsoft Excel posteriormente, foram apresentados por meio de quadros e tabelas.

Para apoiar a análise e discussão dos resultados utilizou-se como referencial os Fundamentos das RAS propostos por Mendes (2011)⁶, apresentados na introdução.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital do Trabalhador/SES Paraná, sob o parecer de número 2.454.544/2017 e CAAE 80493517.1.0000.5225.

RESULTADOS

Os hospitais aqui estudados, estaduais e de referência regional para atendimentos a usuários de 21 municípios de uma RS, estão localizados em um mesmo município que possui uma rede assistencial com equipamentos dos três níveis de atenção às urgências, sendo eles a APS, duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), os hospitais deste estudo e o nível terciário de atenção hospitalar com uma instituição que atende em sua totalidade usuários do SUS e dois hospitais terciários filantrópicos.

O Hospital A apresentou uma média mensal de 5.242 atendimentos a usuários que chegaram até a porta de UE em busca de atendimento, enquanto para o hospital B, este número foi de 2.764 atendimentos (**Tabela 1**). Neste período de estudo a DRAS analisou, por meio de sua auditoria, 4.991 (95,2%) e 2.639 (95,5%) das buscas por atendimento nos Hospitais A e B, respectivamente. Do total auditado, 96,2% dos atendimentos do Hospital A e 97,4% do hospital B foram de usuários provenientes do município sede da referida regional de saúde, onde estes estabelecimentos estão localizados.

Tabela 1: Médias de atendimentos hospitalares por critério de regulação ou não regulação e resposta ao chamado por atendimento, nas Unidades de UE dos hospitais A e B, janeiro de 2016 a julho de 2017.

	Média mensal de buscas por atendimento*	Média mensal de buscas por atendimento auditadas**	Média mensal de atendimentos efetivados (auditados)	Pacientes que não responderam ao chamado para atendimento**	Atendimentos efetivados regulados**	Atendimentos efetivados não regulados**
	N	N	N	%	%	%
HOSPITAL A	5.242	4.991	4.451	10,8	12,8	76,3
HOSPITAL B	2.764	2.639	2.042	22,6	12,1	65,3
TOTAL	8.006	7.630	6.493	16,7	12,4	70,8

***Fonte:** dados fornecidos pelas instituições estudadas.

****Fonte:** DRAS, 2016 a 2017.

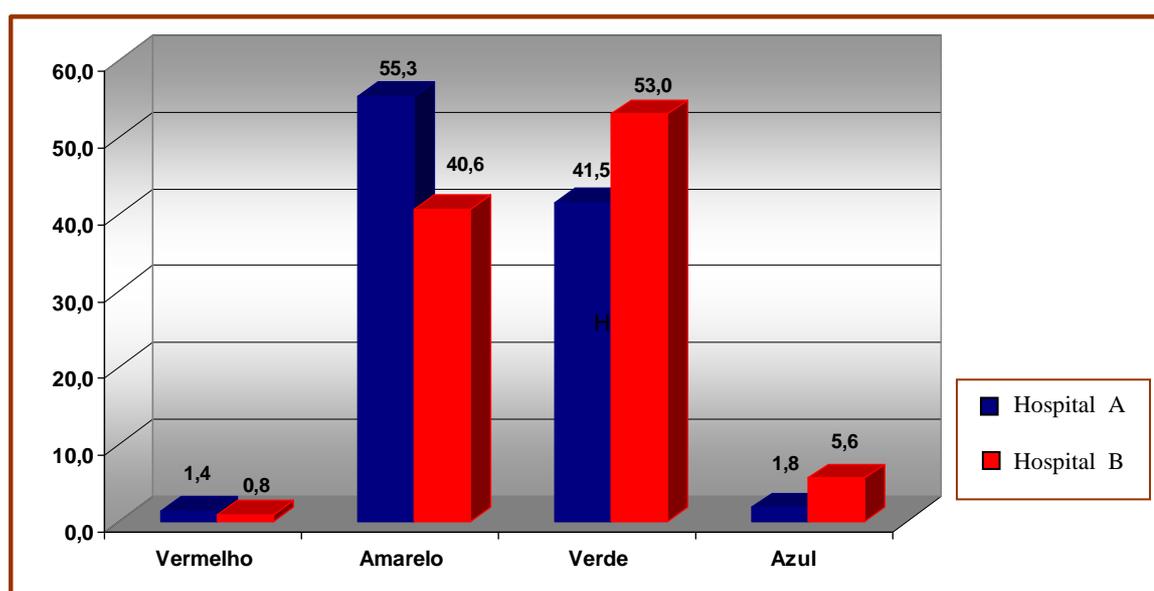
Do total auditado pela DRAS, 4.451 e 2.042 atendimentos foram efetivados nos hospitais A e B, respectivamente. Considerando que uma média de 16,7% das buscas auditadas entre os dois hospitais foram de usuários que não responderam ao chamado para atendimento, foi possível analisar 83,2% considerando o critério de regulação de casos. Do

total de casos efetivados nas duas instituições, uma média de 12,4% foi regulada via Central de Regulação de Leitos (CRL), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE); e 70,8% dos casos não foram regulados (**Tabela 1**).

Dos casos não regulados, a procura espontânea representou 72,3% para o hospital A e de 65,2% para o hospital B. Outras formas de acesso não regulado a estes estabelecimentos hospitalares se deu por meio de encaminhamentos dos demais estabelecimentos da rede (UBS e pronto-atendimentos) sem regulação formalizada.

As instituições estudadas contam com um protocolo de avaliação do risco dos pacientes que acessam os serviços de UE, com base nas diretrizes de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Os relatórios resultantes desta metodologia de trabalho mostraram que apenas 1,4% e 0,8% dos usuários atendidos nas unidades de UE dos hospitais A e B respectivamente, foram classificados na cor vermelha, representando casos de emergência médica. Observou-se muitos casos de menor gravidade (classificação verde e azul), passíveis de atendimento em níveis primários de assistência a saúde, sendo em sua maioria, usuários que acessam via procura espontânea (**Figura 1**).

Figura 1: Distribuição das médias percentuais de atendimentos segundo as categorias do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), nos Hospitais A e B, de janeiro de 2016 a julho de 2017.



Fonte: dados fornecidos pelas instituições estudadas.

Quanto à evolução dos casos atendidos nos hospitais estudados, observou-se que, do total de atendimento efetivados nos hospitais A e B, apenas 364 (8,2%) e 326 (16,0%) casos, respectivamente, evoluíram para internação a partir do atendimento a UE clínica e cirúrgica (Tabela 2). Excluiu-se deste levantamento os casos das internações cirúrgicas eletivas que não se originam da unidade de UE obtendo-se um total referente apenas as “internações originadas do atendimento de UE”.

Tabela 2: Média mensal das internações por caráter de atendimento (urgência/emergência e eletivas), realizadas nos hospitais A e B, no período de janeiro de 2016 a julho de 2017.

TIPOS DE INTERNAÇÕES	HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	MÉDIA		MÉDIA	
	N	%	N	%
Internações clínicas – urgência	303	58,9	319	60,6
Internações cirúrgicas de urgência	61	11,9	7	1,3
Internações cirúrgicas eletivas	150	29,2	201	38,1
TOTAL DE INTERNAÇÕES	514	100,0	527	100,0
TOTAL DE INTERNAÇÕES ORIGINADAS DO ATENDIMENTO DE UE	364	70,8	326	61,9

Fonte de dados: SIH/SUS (2018)

O hospital B apresentou menor representatividade no que diz respeito às internações cirúrgicas de emergência, uma vez que não representa uma referência regional para estes tipos de procedimentos, realizando-os em menor volume. Ao passo em que isto acontece esta mesma instituição apresentou um número ligeiramente superior de internações clínicas originadas da urgência. Considerando o maior volume de internações cirúrgicas provenientes do serviço de UE do hospital A, este se manteve com uma média mensal maior de internações totalizando 364 ao mês, mesmo que estas unidades possuam um número aproximado de leitos.

Os dados mostram que as internações clínicas por CSAP representaram 39,3%, nos dois hospitais. Ao analisar isoladamente a média de internações infantis nos dois hospitais, observou-se que 44,9% ocorreram por CSAP, sendo maior valor no Hospital B, quando analisado separadamente (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos números de internações nos hospitais de média complexidade A e B e do percentual de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.

	INTERNAÇÕES	INTERNAÇÕES CLÍNICAS ADULTO E PEDIÁTRICAS		INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS	
	Total	Total	% CSAPs	Total	% CSAPs
HOSPITAL A	9.267	5.461	36,3	702	38,9
HOSPITAL B	9.497	5.657	42,3	872	49,8
TOTAL	18.764	11.118	39,3	1.574	44,9

Fonte: SIH/SUS, 2018.

De todas as internações por CSAPs, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o hospital A e 34,8% para hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o hospital A e 22,6 para hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o hospital A e 16,4% para hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o hospital A e 10,8% para o hospital B).

Conforme mostra a Tabela 4, os casos de internações por CSAP representaram 17,3% e 19,1% dos gastos com internações nos hospitais A e B, respectivamente.

Tabela 4: Valores totais gastos com as internações hospitalares nos hospitais A e B, valores e percentuais gastos por internações por CSAPs, janeiro de 2016 a junho de 2017.

GASTOS COM INTERNAÇÕES	HOSPITAL A	HOSPITAL B
Média mensal de gastos totais com internações	R\$ 284.283,58	R\$ 258.379,36
Média mensal de gastos com internações por CSAPs	R\$ 40.763,33	R\$ 48.928,35
Média percentual de gastos com internações por CSAPs	17,3%	19,1%

Fonte: SIH/SUS, 2018.

DISCUSSÃO

As instituições estudadas nesta pesquisa consistem em unidade hospitalares gerais de média complexidade que se assemelham ao possuírem como mantenedora, a Secretaria de Estado da Saúde e o município como gestor, responsável pela gestão de todo o sistema municipal de saúde, por meio da qual executa o repasse dos recursos provenientes do fundo nacional programados para o custeio da assistência de média e alta complexidade em seu território. Contam, ainda, com o apoio de uma ação consorciada entre os municípios da região, que acontece por meio de repasse de recurso, contratação de pessoal e para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas eletivas com abrangência regional, que no período de estudo representou uma média mensal de 150 e 201 internações no hospital A e B, respectivamente. Desta maneira, a ação consorciada não revela uma atuação clara na articulação intermunicipal no âmbito da regionalização do atendimento de UE.

A estes hospitais são designados papéis importantes na composição da RAU regional e local, tendo “porta aberta” para atendimentos que acontecem em grande volume, especialmente no Hospital A o que permite inferir uma maior necessidade da população de seu território, bem como necessidades de análise da rede de saúde local disponível para atendimento a demanda instalada.

A localização de ambos em um mesmo município mostra que existe a concentração de economia de escala para atendimento aos usuários provenientes da região da qual pertencem⁶. No entanto, estas instituições revelam reduzida representatividade no atendimento às UE para os usuários dos demais municípios da região de saúde onde se insere. Os dados mostram que grande percentual (96,2% no Hospital A e 97,4% no hospital B) dos atendimentos foi de usuários provenientes do município onde estes estabelecimentos estão localizados, o que supera a representatividade populacional do município da referida RS (58% da população da RS).

Dubeux, Freese e Felisberto (2013)¹⁰, em estudo realizado em unidades de urgência e emergência dos hospitais de referência regional do estado de Pernambuco, mostraram que 74,9% dos atendimentos realizados eram de usuários do município sede e apenas 19,0% correspondiam àqueles provenientes de outros municípios da região de saúde. Pesquisa realizada na capital baiana, ao encontrar resultados semelhantes a presente pesquisa, sinaliza para a necessidade de discussões referentes à redistribuição da atenção

secundária para otimização de sua abrangência regional como forma de alcançar as metas colocadas em planos de regionalização e diminuir as barreiras de acesso aos serviços¹¹.

Mendes (2011)⁶, ao discorrer sobre os fundamentos necessários para a estruturação das redes, coloca a distribuição dos níveis de atenção e suas economias de escala de acordo com as necessidades da população em seus territórios, de maneira que recursos mais escassos (maior economia de escala), a exemplo dos hospitais, se coloquem a disposição da população de maneira mais concentrada, partindo do pressuposto da existência de um apoio de sistemas de referência e contra referência efetivos e que extrapolem os limites do município.

Esta pesquisa mostrou que o acesso, além de geograficamente facilitado aos municípios, acontece em sua grande maioria por meio de procura espontânea, com grande parte dos usuários dos dois hospitais acessando os serviços de UE dessas instituições sem regulação e destes mais de 60% por procura espontânea. Grande parte dos usuários que acessam os serviços hospitalares de maneira espontânea tem estes serviços como primeiro local para atendimento, como apontou o estudo realizado na capital baiana, cuja instituição estudada foi o primeiro local de atendimento para mais de 70% dos pacientes¹¹. Diversos fatores são apontados como causas para esta situação: confiança/credibilidade depositada pelo usuário na assistência prestada no hospital e crescente valorização do desenvolvimento dos sistemas de saúde em torno das tecnologias e da assistência especializada (medicalização da saúde e hegemonia do modelo biomédico); acesso geográfico facilitado; aspectos relativos aos processos de referência e contra referência; e experiências prévias não exitosas para o atendimento a situação de urgência e emergência em outros níveis de atenção^{10, 11, 12, 13}.

Na lógica da RAS, a busca direta dos serviços hospitalares revela a informalidade construída pelos usuários na busca pela assistência a saúde, com a articulação de fluxos que respondam as suas necessidades, de maneira que as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde pelos gestores não sejam efetivadas. A trajetória do usuário ramifica-se pelos serviços e pulverizam-se na medida em que os serviços se fragmentam e que as RAS se apresentam inefetivas. Neste sentido, os usuários buscam e criam maneiras informais para acessar os serviços de saúde articulando fluxos que respondam às suas necessidades¹⁴.

O município em questão possui além destas instituições a disposição da população, outros equipamentos de saúde para atendimento a urgência e emergência, como APS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais terciários, em atendimento a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujo objetivo é a ampliação do acesso e o acolhimento de casos agudos em todos os componentes da rede¹⁵. No entanto, o contexto discutido neste estudo não apresenta o cumprimento das diretrizes desta política, uma vez que as instituições absorvem grande parte dos usuários de outros níveis de atenção, sugerindo um modelo fragmentado de assistência a saúde dentro do território sanitário e demonstrando a inexistência de uma RAU articulada .

As duas unidades estudadas contam a implementação do protocolo de AACR que consiste em uma ferramenta baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde e na Política de Humanização do SUS e permite a classificação e estratificação dos casos atendidos na unidade de UE segundo sua gravidade, bem como orienta os fluxos do serviço para a redução de filas e do tempo de espera para o atendimento^{16, 11}. Os resultados apresentados, somados a alta procura espontânea nas unidades hospitalares estudadas, reforçam a necessidade de reorganização da rede de serviços com a potencialização dos demais equipamentos de saúde, já que os achados revelaram um grande número de atendimento de casos de menor gravidade (classificados como verde e azul) e um reduzido número de atendimentos casos de maior gravidade. Estes resultados assemelham-se aos de uma unidade de emergência de um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo, que apresentou apenas 2% dos casos classificados na cor vermelha, enquanto 67% foram classificados na cor verde¹².

Todas as internações clínicas realizadas em ambas as instituições provém dos atendimentos realizados no serviço de UE adulto e pediátrica, bem como as internações cirúrgicas de emergência. Como elemento complementar à análise realizada sobre o AACR, tem-se um baixo percentual de casos atendidos no serviço de UE que evoluem para internação, indicando que a maior parte dos casos não necessitaria de cuidados de internação hospitalar e podem ser passíveis de atendimento em outras unidades de saúde. Uma análise realizada em estudo desenvolvido em hospital geral público no mesmo município mostrou uma aproximada relação entre o desfecho do atendimento de UE com a classificação do risco nos casos atendidos, já que a maioria dos casos de menor gravidade recebeu alta hospitalar após o atendimento médico¹⁷. Da mesma maneira, outra pesquisa

mostrou que 74,1% dos usuários atendidos na unidade de UE receberam alta após a consulta e apenas 0,2% evoluiu para internação, enquanto os demais casos foram encaminhados para outros estabelecimentos de saúde¹².

Ao analisar os casos de internação por CSAP, este estudo revelou um importante impacto do funcionamento da APS local na atenção hospitalar ao apresentar um grande número de internações cujas causas são passíveis de condução no nível primário de atenção, permitindo, também, realizar um diagnóstico sobre a relação e articulação deficitária existente entre a APS e a atenção hospitalar de média complexidade colocada em discussão neste estudo^{18,19}. Para classificação dos casos de internação segundo CSAP, esta pesquisa utilizou a lista divulgada pelo Ministério da Saúde em 2008²⁰ e elencou as causas destas internações.

De todas as internações por CSAPs, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o hospital A e 34,8% para hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o hospital A e 22,6 para hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o hospital A e 16,4% para hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o hospital A e 10,8% para o hospital B).

Estes achados contradizem outros estudos que apontam as doenças crônicas como primeiras causas de busca por serviços de emergência tais como aponta pesquisa que identificou como agravo mais referido a hipertensão arterial (51,1%) seguido da diabetes mellitus (18,9%), evidenciando potenciais fragilidades da APS na condução da prevenção e promoção da saúde no âmbito das doenças crônicas¹¹.

Neste estudo, os motivos de busca por atendimento de urgência nas portas hospitalares estudadas e as internações derivadas destes atendimentos, que em seu conjunto não se constituem de agravos crônicos, levam a reflexões referentes ao acesso a APS no município e a efetividade do atendimento de urgência deste nível de atenção que deveria se constituir em um componente e coordenador da rede. Estes dados reforçam o papel da APS de intervenção em agravos semelhantes aos citados, em tempo hábil para a evitabilidade de complicações que levam a internações de pessoas vulneráveis. Mesmo considerando a APS como ordenador das RAS, situações como a baixa cobertura da ESF e a queda no potencial de resolução dos casos de saúde por este nível, constituem-se em potenciais causas das hospitalizações evitáveis em algumas regiões de saúde¹⁸. Mesmo com a ampliação da oferta de serviços da APS e melhorias no acesso tenham sido efetivados em algumas regiões, existem

evidências de que estes avanços não foram suficientes para alcançar a integralidade do cuidado¹⁴.

Ainda, a APS ainda é pouco reconhecida pelos usuários como local de cuidado e porta de entrada para acessar os outros níveis de atenção, prevalecendo à ideia de que este nível consiste em locais de oferta de pequenos procedimentos¹⁴. Esta informação confirma Cecílio et al (2012)²¹ que refere que esta realidade se deve ao fato de que a APS “não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde”.

Mesmo que evidências mostrem um grande percentual de casos de internações por CSAP e necessidades de ampliação do acesso a APS, alguns avanços desvelados no caminhar do sistema de saúde brasileiro mostraram a relação inversa existente entre as internações por CSAP e as ESF colocadas em discussão neste estudo. Pinto e Giovanella (2018)²², em estudo, apresentaram a ampliação de 2.054 para 41.619 equipes de ESF nos últimos 20 anos, seguido de uma redução na taxa de CSAP de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes (redução de 45%), no período de 2001 a 2016. Souza e Peixoto (2017)¹⁹, com análise dos gastos por estas condições, realizadas no Brasil no âmbito do SUS, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, revelou uma expressiva redução em relação aos gastos totais do SUS e consideraram que tal resultado pode decorrer da consolidação do nível primário com a ampliação da cobertura da ESF e conseqüentemente redução das CSAP de 1999 a 2007.

O município no qual as instituições em estudo estão alocadas contou com um processo de qualificação da APS a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família (ESF) no ano de 2001 que, ao longo de alguns anos de estruturação, atingiu cobertura de 70% da população; e em 2005 contava com 102 equipes de ESF²³. No período de 2008 a 2011, esta cobertura tendeu ao declínio e, em 2012 apresentou uma taxa de 50,6% da população atendida pela ESF²⁴. Ao final de 2016 contava com 86 equipes²⁵ o que, pelos parâmetros atuais²⁶ equivale a uma cobertura populacional de apenas 47,1%. Esta mudança no panorama da APS e ESF pode ser considerada importante motivo da alta procura espontânea nas unidades hospitalares, tanto pela dificuldade do nível primário atender as demandas da população, quanto pelas complicações das doenças crônicas, não submetidas a medidas de controle, que levam a necessidade de maior complexidade assistencial.

O atendimento de casos não compatíveis com a realidade hospitalar leva este setor a encarar uma dificuldade na definição de seu perfil de atendimento, não permitindo a ele atender as necessidades populacionais, nem otimizar seus recursos, como traça Mendes (2011)⁶ ao dispor a respeito dos processos de substituição como fundamento de uma RAS. Pesquisa realizada em uma RAS de Florianópolis mostrou que existe uma demanda reprimida originada da APS, como consequência da restrição de acesso e indefinição de fluxos de referência e contra referência, o que gera sobrecarga às instituições hospitalares e falta de clareza quanto ao tipo de serviço prestado pelo nível secundário, além da incompreensão por parte da população sobre as atividades desenvolvidas nos hospitais²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário exposto neste estudo remete à necessidade de se analisar o acesso aos serviços de saúde disponíveis à população nos diversos níveis de atenção e adequados a realidade dos territórios sanitários.

No âmbito local, os achados sugerem que a gestão deveria rever a prioridade dada à APS na atualidade, analisar e rediscutir o acesso a APS como equipamento importante no atendimento às urgências, e sua capacidade de resposta às necessidades da população, bem como na sua articulação com os demais níveis de atenção em saúde.

De maneira complementar, no âmbito da região de saúde, cabe aos atores envolvidos na gestão analisar as necessidades de potencialização do papel regional dos hospitais no atendimento às urgências e como componentes da RAU. Isto se daria por meio da otimização do acesso da população a níveis de atenção condizentes com suas necessidades ou ainda, da qualificação dos mecanismos regulatórios e de comunicação, consistindo em um importante desafio mediante a inoperância do Estado como fator de dificuldades no acesso aos serviços de saúde em níveis secundário e terciário²⁸.

Considerando o alto volume de internações por CSAP e os custos com este tipo de assistência, inovações na transição do cuidado são de grande valia, mediante a qualificação dos processos comunicacionais no movimento de retorno destes usuários da assistência hospitalar para a APS, tendo os hospitais o papel contributivo na continuidade do cuidado, na prevenção de reinternações e redução dos custos assistenciais, bem como na indução da organização da rede.

Ajustes como estes permitiriam potencializar a representatividade destas instituições nos limites regionais e efetividade da RAU. Mas ainda, devem-se levar em conta as necessidades de superação da dicotomia entre a atenção hospitalar e a APS, constituindo entre elas uma relação cooperativa. Ao mesmo tempo não desvalorizar a APS, como quem não cumpre seu papel na totalidade, visualizando seu potencial de integração nas RAS, com apoio dos sistemas regulatórios²⁹; nem pormenorizar a atenção hospitalar no julgamento ao hospitalocentrismo. Faz-se necessário buscar equilíbrio entre estes componentes da RAS, com sua integração em um sistema de governança regional capaz de potencializar o papel dos hospitais de média complexidade no atendimento as UE, permitindo a eles o cumprimento do papel que lhes é designado.

REFERÊNCIAS

1. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal . Rev Saúde Debate [internet]. 2017 Set [acesso 2019 mar 16]; 41(3):99-113. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0099.pdf>
2. Aguiar FC, Mendes VLPS. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão Hospitalar. Rev Perspectivas em Ciência da Informação [internet]. 2016 [acesso 2018 dez 2];Out-Dez;21(4):138-155. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/2690>
3. Farias DC, Araujo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2017 [acesso 2019 mar 13];22(6):1895-1904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1895.pdf>
4. Brasil. Constituição, 1988: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União. 30 dez 2013.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Garcia VM, Reis RK. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de Urgência. Rev Bras Enferm [internet]. 2014 Mar-Abr [acesso 2019 fev 10]; 67(2):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>

8. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde debate* [internet]. 2015 Jul-Set [acesso 2019 mar 12]; 39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>
9. Coelho CFCC, Stein AT. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [internet]. 2016 Abr-Jun [acesso 2018 dez 15];18(2):112-20. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15091/10693>
10. Dubeux LS, 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* [internet]. 2013 Abr- Jun [acesso 2018 dez 12];23(2):345-69.
11. Cruz DN, Cangussu MCT, Cristino PS et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* [internet]. 2016 Mai-Ago [acesso 2019 jan 15];15(2):186-98. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15706>
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011 Mai-Jun [acesso 2019 abr 25];19(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlac/v19n3/pt_14
13. Arancibiaet E, Contreras JL, Fábrega R et al. Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014.
14. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde colet.* [internet]. 2018 [acesso 2018 dez 15];23(6):1791:98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 08 jul 2011.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
17. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola [tese]. [Londrina]: Universidade Estadual de Londrina; 2010, 93 p.
18. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm* [internet]. 2018 [acesso 2019 jan 18];39:1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0067.pdf>
19. Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2017 [acesso 2019 fev 25];26(2):285-94.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União. 18 abr 2008.
21. Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2012 [acesso 2018 nov 29];17(11): 2893-2902 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
22. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [acesso 2018 dez 15];23(6):1903-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>
23. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Paraná). Plano Municipal de Saúde 2008-2011. [internet] 2008 [acesso 15 abr 2019]. Disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013
24. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Paraná). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet] 2014 [acesso 15 abr 2019]. Disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013
25. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Paraná). Plano Municipal de Saúde 2018-2021. [internet] 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf
26. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal. Brasília: 2016.
27. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF et al. Rev. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011 [acesso 2019 abr 20];21(esp):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf
28. Fonseca JSA, Leal HMS, Silva DTF et al. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde colet* [internet]. 2018 [acesso 2018 out 23];23(10):3211-3222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3211.pdf>
29. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso 2019 abr 20];50:80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf

5.4 ARTIGO 3

HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: INFLUÊNCIA DA RELAÇÃO ENTRE ATORES ENVOLVIDOS NA GESTÃO

MEDIUM COMPLEXITY HOSPITALS IN THE URGENCY AND EMERGENCY NETWORK: INFLUENCE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ACTORS INVOLVED IN MANAGEMENT

RESUMO

Objetivou-se analisar a relação entre os atores envolvidos na gestão da Média Complexidade Hospitalar e sua influência para a atuação destes hospitais na Rede de Urgência e Emergência. Realizou-se um estudo exploratório com abordagens documental, quantitativa e qualitativa, utilizando-se a triangulação de métodos e a análise crítico-hermenêutica. Realizou-se em três momentos: 1º) levantamento de dados secundários sobre a produção dos hospitais e documentos institucionais; 2º) abordagem qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com sete atores componentes da estrutura de gestão; 3º) triangulação de métodos associando os achados documentais, quantitativos e qualitativos, com posterior análise crítico-hermenêutica proposta por Paul Ricouer. Destacaram-se quatro categorias: “O cenário de estudo, os atores e suas relações”, “Evidências de atomização do sistema municipal”; “O distanciamento do papel do estado”, “A Média Complexidade Hospitalar nas instâncias de pactuação para regionalização”. Observou-se a existência da atomização do sistema municipal, com concentração de poder neste polo e a maior utilização dos serviços estudados por municípios. Identificou-se como uma realidade contributiva para a regionalização, ao mesmo tempo em que existe um distanciamento do ente estadual no processo de gestão destas instituições no sentido da atuação em redes.

Palavras-chave: Hospitais, Regionalização, Assistência Integral à Saúde, Saúde Pública

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the relationship between the actors involved in the management of Medium Hospital Complexity and their influence on the performance of these hospitals in the Urgency and Emergency Network. An exploratory study was carried out with documentary, quantitative and qualitative approaches, using triangulation of methods and critical-hermeneutic analysis. It took place in three stages: 1st) survey of secondary data on the production of hospitals and institutional documents; 2nd) qualitative approach through semi-structured interviews with seven actors that are part of the management structure; 3rd) triangulation of methods associating documentary, quantitative and qualitative findings, with subsequent critical-hermeneutic analysis proposed by Paul Ricouer. Four categories were highlighted: "The study scenario, the actors and their relationships", "Evidence of atomization of the municipal system"; "The distancing of the role of the state", "The Average Hospital Complexity in the instances of agreement for regionalization". The existence of the atomization of the municipal system was observed, with concentration of power in this pole; greater use of the services studied by residents. It was identified as a contributory reality for regionalization, at the same time that there is a distance from the state entity in the management process of these institutions in the sense of acting in networks.

Keywords: Hospitals, Regionalization, Comprehensive Health Care, Public Health

RESUMEN:

El objetivo fue analizar la relación entre los actores involucrados en el manejo de la Complejidad Hospitalaria Mediana y su influencia en el desempeño de estos hospitales en la Red de Urgencias y Emergencias. Se realizó un estudio exploratorio con enfoques documentales, cuantitativos y cualitativos, utilizando la triangulación de métodos y el análisis crítico-hermenéutico. Se llevó a cabo en tres etapas: 1º) encuesta de datos secundarios sobre la producción de hospitales y documentos institucionales; 2º) enfoque cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas con siete actores que forman parte de la estructura de gestión; 3º) triangulación de métodos que asocian hallazgos documentales, cuantitativos y cualitativos, con el posterior análisis crítico-hermenéutico propuesto por Paul Ricouer. Se destacaron cuatro categorías: "El escenario de estudio, los actores y sus relaciones", "Evidencia de atomización del sistema municipal"; "El distanciamiento del papel del estado", "La complejidad hospitalaria promedio en los casos de acuerdo de regionalización". Se observó la existencia de la atomización del sistema municipal, con concentración de poder en este polo; mayor uso de los servicios estudiados por los residentes. Se identificó como una realidad contributiva para la regionalización, al mismo tiempo que existe una distancia de la entidad estatal en el proceso de gestión de estas instituciones en el sentido de actuar en redes.

Palabra clave: hospitales, regionalización, atención integral de salud, salud pública.

INTRODUÇÃO

A partir da criação do SUS, a temática da descentralização do sistema de saúde brasileiro passou a ser incorporado nas pautas de discussão sobre a saúde pública no país, com propostas de compartilhamento das responsabilidades de coordenação do sistema de saúde entre os entes federados¹.

Mais de uma década depois se iniciaram as discussões referentes à regionalização do sistema, cujo afastamento do processo de descentralização foi explicado pela diferença de peso político, histórico e conceitual que favorecia a segunda². Foi por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde em 2006, que a regionalização passou a ter mais destaque nos documentos normativos do SUS^{1,34}. Só mais tarde, por meio da Portaria 4.279 de 2010, fruto de um acordo tripartite, foram estabelecidas diretrizes para a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS)⁵ e, neste momento, intencionavam-se criar áreas temáticas prioritárias de atuação possibilitando o acesso dos usuários de maneira mais direcionada e com respostas às suas necessidades de saúde^{5,6}.

Dentre as redes temáticas prioritárias destacou-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que foi instituída a partir da Portaria 1.600 de 2011, a partir da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) criada em 2003. A esta rede se atribui significativa importância em virtude da relevância das situações de saúde envolvidas e do contexto de superlotação de suas “portas-de-entrada”^{7,8,9}. É neste contexto que as portas hospitalares com atendimentos às Urgências e Emergências (UE) merecem destaque e estão passíveis de discussões, sendo elas serviços instalados para atendimento contínuo a demandas espontâneas e referenciadas⁹.

No contexto da regionalização e constituição das redes temáticas, vivem dificuldades para a operacionalização da regionalização. Inicialmente, seu desenvolvimento foi concebido sobre a estrutura de atenção à saúde existente e herdada do antigo sistema, especialmente nas áreas da média e alta complexidade (MAC). Este fator dificultou a lógica da distribuição regional planejada e organizada em redes articuladas, segundo as necessidades de saúde do território¹⁰. Atualmente, estas dificuldades bem como o fortalecimento da visão regional têm sido relacionadas à crescente identificação de limites de acesso em um sistema majoritariamente de base municipal que se originou do processo

de municipalização, sobre o qual já se previam os riscos de atomização desordenada dos entes, com padrões de desenvolvimento desproporcionais entre os sistemas municipais².

Ainda, o contexto marcado pela descentralização das responsabilidades de gestão e pelos desafios na conformação das RAS levou a estruturação de importantes tramas relacionais e sociais em que se incorporam diversos atores^{7, 11}. No entanto, é comum que foco das análises sobre os sistemas de saúde esteja muito concentrado no conteúdo regional e na formação de redes e na assistência, com pouca atenção para o grupo de atores envolvidos². E, é nestes grupos que jogos de interesse acontecem e passam a ser negociados, colocando a mostra que a política não consiste apenas em um resultado determinado por uma cúpula governamental a ser implantado na realidade, mas é também um objeto de co-produção pela atuação de atores, com mistura de poderes que possibilitam transformações sociais¹².

Este estudo tem como foco de análise a Média Complexidade Hospitalar (MCH) composta por dois hospitais gerais públicos localizados em um mesmo município e que se constituem como referências regionais para assistência de média complexidade, no âmbito ambulatorial e do atendimento às UE. Considerando a RUE como uma rede temática de destaque no contexto da regionalização e conformação de redes de atores para o desenvolvimento da atenção e da gestão em saúde, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre os atores envolvidos na gestão da MCH e sua influência para a atuação destes hospitais na RUE.

Rede de políticas e poder como referencial de estudo

A partir da remodelagem do sistema de saúde desencadeada a partir da implementação do SUS e dos ideais de descentralização e regionalização, evidenciou-se rearranjos na arquitetura das relações entre atores, tornando-as mais complexas e voltadas para as novas formas de organização social e de políticas públicas. Neste contexto, concebeu-se o conceito de Redes de Políticas (RP) como o conjunto de relações de natureza não hierárquica e interdependente, que vincula uma variedade de atores com interesses e objetivos comuns em um “fazer políticas” a partir de uma organização horizontal distanciando-se da centralidade do Estado para a condução dos processos de gestão^{12, 13, 14, 15}. Nesta perspectiva, considerando a análise do poder envolvido nestes arranjos, na medida em que a participação de cada ator se torna essencial para a

manutenção da rede, seu poder aumenta, considerando a importância de suas funções no contexto, bem como das ligações de cada ator com o universo das organizações¹⁶.

Fleury e Ouverney (2007)¹⁶ propuseram a análise da relação entre o acúmulo de poder entre os atores com a distribuição dos recursos, considerando que recursos se encontram dispersos na medida em que as redes se estruturam por diversos atores. Colocam como recursos passíveis de análise neste contexto: a capacidade produtiva como o grau de especialização e diversificação da base municipal na produção em saúde; o domínio dos recursos financeiros com o financiamento dos gastos e possibilidades de ampliação da capacidade produtiva; a capacidade técnica para o desenvolvimento e organização de estratégias de articulação entre os serviços; e a autoridade legal que confere a legitimidade para coordenar os processos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório, de natureza mista, com abordagens documental, quantitativa e qualitativa, com posterior triangulação de métodos e análise hermenêutica-crítica¹⁷.

Desta forma, em um primeiro momento, levantaram-se dados secundários referentes à produção da MCH estudada, bem como documentos institucionais que conferiu a pesquisadora melhor apropriação sobre o cenário de estudo. A abordagem documental buscou conhecer a tipologia e perfil dos hospitais, a capacidade instalada, a abrangência regional de atendimento, aspectos organizacionais e estrutura de gestão. A busca foi realizada em documentos como planos estratégicos, organogramas, contratos, pactuações e convênios firmados; planos municipal e estadual de saúde; o Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). A etapa quantitativa foi realizada por meio do levantamento de dados produção dos hospitais que compõem a MCH estudada, no âmbito da UE, obtidos de relatórios de auditoria realizada pela Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde (DRAS) do município onde estes estabelecimentos estão localizados; e dos relatórios do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) das instituições. Contou-se ainda com o apoio de dados de internações obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com busca realizada via site do Departamento de

Informática do SUS (DATASUS) e, posteriormente, procedendo-se a exportação dos dados para o Programa TabWin e realizando-se os cruzamentos necessários.

Todos os dados de produção hospitalar referiram-se ao período de 01 de janeiro de 2016 a 30 de junho de 2017, com a análise dos documentos vigentes neste mesmo período. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi utilizado como fonte de apoio na alimentação dos dados referentes à caracterização dos hospitais.

Em um segundo momento foi realizado a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas com os sete atores componentes da estrutura de gestão proposta pela pesquisadora, a partir da sua percepção sobre o cenário. Neste grupo de atores estão: representante da gestão estadual, dois diretores dos hospitais que compõem a MCH estudada (Hospital A e Hospital B); um representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS); o gestor municipal; e coordenadores das regulações municipal e macrorregional de atenção às urgências.

As entrevistas, realizadas no período de junho de 2017 a março de 2019, foram orientadas por um roteiro semiestruturado composto de sete questões norteadoras que versavam a respeito dos processos de gestão dos hospitais estudados sobre a ótica de cada um dos atores, bem como a participação e destes nestes processos e suas relações; o conhecimento dos atores a respeito das propostas de atuação na RUE, bem como de sua participação nos processos de contratualização. Utilizou-se de gravação e posterior transcrição na íntegra. Os participantes foram identificados por códigos, de acordo com a posição que ocupa na estrutura de gestão estudada: Diretoria Hospitalar A e B (“DHA” e “DHB”), respectivamente; Gestão Municipal (“GM”); Superintendência das Unidades Hospitalares (“SESA”); Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS); Regulação Municipal (“RM”); e Regulação Macrorregional (“RMR”).

No terceiro momento aplicou-se a Triangulação de Métodos para facilitar o processo de análise crítico hermenêutica, permitindo associar os achados documentais, quantitativos e qualitativos. Segundo Minayo (2013)¹⁸, esta combinação mostra que os métodos não são incompatíveis podendo ser integrados em uma mesma pesquisa, uma vez que os elementos quantitativos podem proporcionar uma soma compreensiva à abordagem qualitativa.

Utilizou-se da análise crítico-hermenêutica por se constituir de um método que designa a ciência da interpretação, dependente das motivações práticas do sujeito que

interpreta posicionado em determinado meio político. Permite-se, então, um movimento de conversação, da “dialética de pergunta e resposta”, com vínculo da interpretação com perguntas que movem o intérprete¹⁸. Nesta perspectiva, utilizou-se o processo hermenêutico de Paul Ricoeur, que se pautava na ideia de que o pensamento não se pauta no pensamento dos outros, mas se recria a partir da utilização do pensamento dos outros como instrumento, nunca negando sua relação com o vivido¹⁹.

A pesquisa atende as recomendações resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde²⁰, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital do Trabalhador do Paraná, sob o parecer de número 2.454.544/2017 e CAAE 80493517.1.0000.5225.

RESULTADOS

Os resultados produzidos pela triangulação de métodos e análise crítico-hermenêutica possibilitaram a constituição de quatro categorias analíticas: “O cenário de estudo, os atores e suas relações”, “Evidências de atomização do sistema municipal”; “O distanciamento do papel do estado”, “A MCH nas instâncias de pactuação para regionalização”.

O cenário de estudo, os atores e suas relações

A MCH estudada compõe-se de duas instituições públicas estaduais, com atendimentos pelo SUS em sua totalidade e que se configuram como referências regionais para atendimentos, dentre eles, às UE^{21, 22}.

As duas instituições localizam-se em um município sede de uma RS, com uma população de 553.393 habitantes²³, representando 58% da população de toda a RS. Este município possui o controle dos recursos em saúde da RS, com capacidade produtiva no âmbito da atenção em saúde garantida por equipamentos de saúde nos três níveis de atenção — Atenção Primária em Saúde (APS), média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Os dois hospitais estudados estão entre os quatro hospitais estaduais públicos disponíveis no município, sendo o terceiro uma maternidade e o quarto de alta complexidade. Possuem ainda, três hospitais filantrópicos de alta complexidade, além de serviços especializados²⁴.

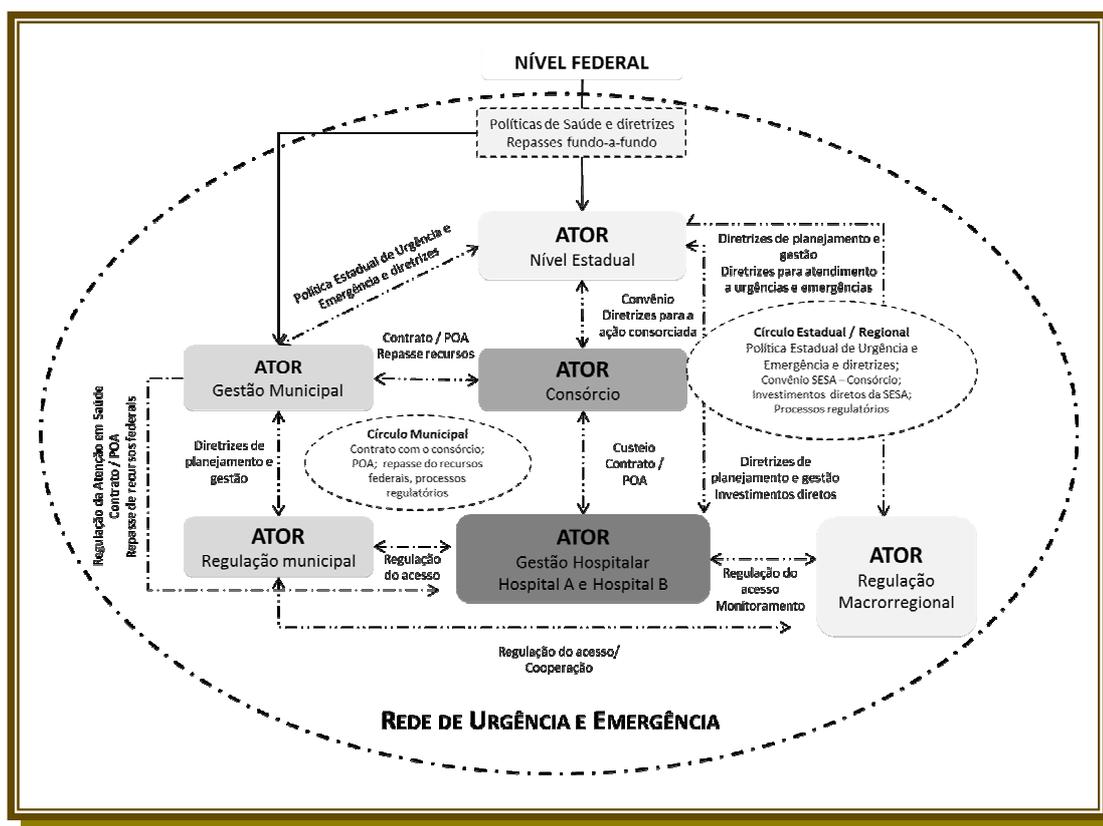
Ambos os hospitais estudados possuem como mantenedora a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), no entanto se encontram sob gestão municipal²⁵. Com isso, possuem

duas linhas de gestão, com investimentos diretos oriundos da SESA no que se refere à estrutura e recursos humanos; e financiamento da produção ambulatorial e internações com recursos federais, repassados pelo ente municipal, por intermédio do CIS, a partir de um contrato como via de formalização desta relação^{22, 26}.

A regulação da atenção à saúde da MCH também é realizada pelo município como um instrumento de controle para o repasse dos recursos federais, conforme determinado em normas federais de contratualização. No âmbito da regulação do acesso dos casos de UE, houve cooperação entre o municipal e regional, com a união das respectivas centrais de regulação, permitindo aos dois entes a otimização dos recursos operacionais disponíveis em suas bases e aumento da capacidade técnica municipal na regulação de casos de UE provenientes da RS.

A partir deste cenário, foi elaborada uma representação gráfica que permite a visualização de rede composta por atores envolvidos na gestão da MCH. A análise desta estrutura permitiu o agrupamento das relações em dois núcleos de interdependência: o Círculo Municipal e o Círculo Estadual/Regional (**Figura 1**).

Figura 1: Representação gráfica da estrutura de gestão e da rede de atores envolvidos na gestão dos hospitais A e B, para atuação na RUE e na implementação de políticas voltadas para a área da urgência hospitalar, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.



No Círculo Municipal se concentram a maior parte das ações de pactuação, contratualização, financiamento e de processos regulatórios. O Círculo Estadual/Regional revela as relações entre os atores numa perspectiva mais ampliada da organização federativa, com ações de direcionamento das políticas no âmbito da UE em redes, bem como da estruturação da atenção hospitalar (diretrizes de gestão e investimentos diretos).

Ao longo deste estudo, pôde-se identificar a baixa integração entre os dois círculos no sentido de legitimar as relações desta rede de atores como um todo. Observaram-se ações gestoras isoladas, inerentes aos círculos elencados, com destaque para o círculo municipal, em que se evidenciou grande parte das relações de gestão e financiamento da MCH.

Evidências de atomização do sistema municipal

Na perspectiva de análise de poder colocada por Fleury e Ouverney (2007)¹⁶, foi possível observar a acumulação de poder no círculo municipal para a gestão da MCH, evidenciando relações de interdependência entre os atores com tendência a reunir recursos e otimizar os processos. A constituição de dois círculos permite inferir a existência de *clusters* de recursos, com menor institucionalidade da rede de atores apresentada como um todo.

Três são os recursos que ganham destaque no círculo municipal e que confere maior poder ao ente local: a capacidade produtiva, a capacidade financeira e a autoridade legal enquanto gestor de todos os serviços vinculados ao SUS presentes em seu território.

A *capacidade produtiva* do município, apresentada na seção anterior, confere a este ente uma importante responsabilidade como referência regional para a assistência às UE. Isto acontece em virtude de sua concentração de escala na produção de serviços de saúde, com maior grau de especialização e diversificação da oferta. Essa situação permite a este ente, enquanto sede de RS, maior poder em termos de capacidade assistencial, de coordenação regional, e de construção de uma malha de relações de interdependência em rede¹⁶.

Conforme consta na tabela 1, em 2016, o número de leitos SUS no município em questão correspondia a 64,1% do total dos leitos gerais vinculados ao SUS na RS, tendo a MCH estudada 8,6% do total de leitos SUS da RS e 12,3% dos leitos SUS do município (CNES, 2016)²⁷. As internações realizadas no município representaram 73,7% das

internações na RS e delas 71,7% no âmbito da UE, em que 92,4% se enquadrava na média MCH, na assistência clínica e cirúrgica. Com referência a abrangência regional, o município absorveu 73,7% das internações da RS.

Tabela 1: Relação existente entre população, leitos gerais total e SUS existentes em 2016 e média mensal de internações SUS realizadas, conforme perfil, na Região de Saúde, no município e na MCH, 2016-2017.

	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	MCH
População	931.972	553.393	-
Leitos gerais	2.670 (0,003/hab)	1.867 (0,003/hab)	231
Leitos gerais SUS	1.869 (0,002/hab)	1.199 (0,002/hab)	231
Internações - total (SUS)	5.081	3.748	1.041
Internações - urgência total (SUS)	3.915	2.691	690
Internações urgência SUS média complexidade	3.706	2.486	690

*Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – 2016
Diretoria de Regulação da Assistência em Saúde – DRAS (2016-2017)*

Além da capacidade produtiva, a responsabilidade pela gestão dos recursos financeiros eleva a **capacidade financeira** da base municipal. Este protagonismo do ente municipal originou-se historicamente do movimento de democratização e descentralização do sistema de saúde, quando houve o compartilhamento de responsabilidades, poderes e prerrogativas entre os entes federados para o desenvolvimento de políticas públicas. Elevou-se o poder **financeiro** das bases municipais uma vez que se desenvolveu uma linha direta de repasses do governo federal para os municípios. Ainda, a partir de 1995, por meio de sua habilitação na gestão simplificada, assumiu a responsabilidade da gestão de todos os serviços localizados em seu território, detendo a **autoridade legal** para a administração da média e alta complexidade^{16, 28, 29}.

Na década seguinte, este cenário foi condicionado por uma série de fatores colocada pela NOAS 01/2002³, incluindo as obrigações entre o município e o gestor estadual, com o compromisso do município-sede de disponibilizar as ações e

procedimentos do “primeiro nível de referência” da média complexidade aos municípios adjacentes. Assim, o município em questão, com sua capacidade produtiva, detém o controle do acesso aos serviços e “porta de entrada” localizada em seu território, a exemplo da Regulação Municipal de UE, constante no rol de atores estudados. Presume-se assim, que nestas condições, detém uma posição vantajosa no controle sobre a execução dos pactos, tanto para munícipes quanto para aqueles provenientes de outros municípios³⁰.

Observou-se, neste estudo uma alta demanda de munícipes para MCH estudada, constituindo-se em uma média percentual mensal de 96,8% dos atendimentos de UE realizados, sendo um valor bastante superior à representatividade populacional do município na RS²³.

A combinação dos fatos anteriormente relacionados à premissa de que gestores municipais possuem interesses voltados à maximização da disponibilidade de serviços para seu eleitorado em potencial, pode justificar o descompasso de intenções dos entes estadual e municipal, no sentido da regionalização. Estes atores apresentam condutas competitivas e conflitantes, originadas pelo fato de que a realização dos interesses de uns restringem a dos interesses de outros³⁰.

Conforme esta realidade se apresenta, uma tendência à desconfiguração do perfil assistencial é observada na MCH, ao passo em que atendem grande parcela de potenciais usuários da APS. Do total de atendimentos realizados pela MCH apenas 1,8% correspondem a casos de emergência médica, conforme dados do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR); 50,0% dos casos corresponderam a casos de menor gravidade, com potencial de atendimento em nível primário de atenção.

“O município tem cinquenta e quatro unidades básicas de saúde, só que nem todos os postos de saúde têm médicos na sua totalidade nos dois períodos. Tem alguns postos que têm abrangência grande e tem o médico que ele não consegue dar conta da sua abrangência [...]” (DHA).

Esta fragilidade é atribuída pelo gestor municipal às gestões anteriores ao citar que: *“um equívoco histórico [...] de a atenção primária não ser tão resolutiva [...] está fragilizada [...] e acaba não conseguindo absorver os pacientes, fazer ali o seu papel, isso consequentemente vai impactar nos hospitais” (GM).* Esta informação é confirmada pelos Planos Municipais de Saúde que trazem as dificuldades enfrentadas pela APS com marco inicial no período de 2008 a 2011, com tendências a redução na cobertura da ESF que, em

2012, obteve apenas 50,6% da população atendida. Ao final de 2016, contava com 86 equipes da ESF o que, pelos parâmetros atuais estabelecidos, equivale a uma cobertura populacional de apenas 47,1%^{24,26}.

O maior aproveitamento local da oferta de serviços e dificuldade na disponibilização dos hospitais estudados para a região de saúde é reconhecida pelo gestor municipal e este atribui o problema à posição geográfica das instituições, uma vez que se localizam em um mesmo município. No entanto, é sabido que a APS enfrenta diversas dificuldades em sua operacionalização¹¹. Ainda é pouco reconhecida pelos usuários como local de cuidado e porta de entrada de UE para acessar os outros níveis de atenção, prevalecendo a ideia de que este nível consiste em locais de oferta de pequenos procedimentos¹. Cecílio et al (2012)³¹ reforça esta ideia e considera que a APS não reúne simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde. Cria-se a partir daí, uma tendência de desencadeamento de fluxos anormais dos usuários aos serviços hospitalares¹⁰.

Além disso, ao considerar os princípios organizativos das RAS, a lógica de organização fundamentada na economia de escala leva a certificação de que a disponibilidade da MCH de maneira concentrada em um município, pouco deveria interferir na sua disposição para a RS, desde que sejam respeitados os ideais de organização logística e de comunicação para a regulação efetiva no âmbito da UE³². Obviamente que a posição geográfica facilita o acesso por via espontânea, no entanto, segundo os dados obtidos, os processos regulatórios foram responsáveis pelo baixo encaminhamento de UE aos hospitais estudados, com 12,4% dos casos atendidos no período de estudo. É neste momento que se torna imperativo analisar os fatores causais envolvidos, como dificuldades logísticas ou acesso limitado colocado pela falta de capacidade de atendimento das unidades estudadas, como decorrente da sobrecarga gerada pelas inadequações dos fluxos de usuários.

Com o exposto nesta seção, observou-se que a MCH apesar de constar em instrumentos de planejamento como serviços de abrangência regional, pouco se revela desta maneira. Visualiza-se a formatação de um círculo local de gestão munido de instrumentos e relacionamentos que revelam importantes oportunidades de decisões e alianças políticas voltadas para o sustento de um sistema de saúde coeso com as necessidades do território. No entanto, desafios são encontrados, em especial aqueles

relacionados à interlocução entre os representantes dos demais municípios componentes da RS que, no contexto do estudo, constitui-se em grande parte por Municípios de Pequeno Porte (MPP) com reduzido poder político, reforçando a ideia de existência de uma atomização do sistema municipal e uma centralização de esforços para atendimento aos anseios do município sede, sendo potencializado pela fragilidade dos espaços de governança da RUE, como cita a diretoria de uma das unidades hospitalares, com relação ao Comitê Gestor de Urgência e Emergência.

“[...] existiam as reuniões mais próximas, que nós estamos sem [...] reunião de urgência e emergência no município, que é onde você tem essas discussões e repactuações [...]” (DHA)

As poucas práticas de interações entre os municípios, geram alguns pontos de desincentivos para a implementação de políticas em rede, com ações baseadas em negociações no lugar do planejamento³³.

O distanciamento do papel do estado

A partir da centralidade do poder de gestão, planejamento e articulação intermunicipal colocada para o ente municipal no contexto do estudo e ainda, partindo dos eventos determinados historicamente com a descentralização do sistema de saúde, observa-se o distanciamento do ente estadual da política de gestão dos serviços estudados, em especial da inserção destes como importantes componentes da RUE.

As relações observadas no Círculo Estadual/Regional, destacadas neste estudo, envolvem os atores estadual, regional e institucional. As ações são voltadas para a sustentação estrutural dos serviços e para a definição de diretrizes e planos de trabalho para o funcionamento dos hospitais, com pouca influência e efetividade de ações no sentido da regionalização de seus serviços. O poder centralizado no ente municipal, bem como o fortalecimento das relações locais, contribui para o afastamento do Estado e é evidenciado na fala do ente estadual:

“Com o município, a interação praticamente inexistente diretamente. Ela só existe indiretamente [...] Essa relação é de dar apoio às direções desses dois hospitais estaduais no seu relacionamento com a Secretaria Municipal. [...] Quando [...] eu cheguei [...] me dei conta exatamente dessa questão de “como é que a gente pode apoiar a gestão dos hospitais sem se intrometer na sua autonomia?” [...] A gente tinha que respeitar essa autonomia, mas ao mesmo tempo não poderíamos nos eximir [...], considerando que somos os responsáveis finais, em como é que esses hospitais podem conseguir os seus resultados.” (SESA)

Segundo Mello et. al (2017)², em seu estudo, são acentuadas as críticas a participação do ente estadual no âmbito da regionalização, constituindo-se em uma regra considerá-lo como um parceiro ausente. E, nos diversos contextos, como no presente estudo, evidencia-se necessidade de maior protagonismo desta esfera de maneira efetiva na regulação, mediação e negociação. Esta realidade se contrapõe ao proposto pelas diretrizes de regionalização, que a partir da publicação da NOAS, colocam o gestor estadual como o ator com responsabilidades no planejamento e regulação, e pela gestão das políticas de média e alta complexidade, devendo assumir funções de definição das prioridades de investimento até o controle e avaliação do sistema, mesmo não sendo o detentor das bases de serviços^{3, 16}.

Mesmo que o compartilhamento de competências entre esferas de governo aponte para a cooperação federativa, não se pôde garantir que estes atributos sejam dominantes na coordenação de governo³⁴. As falas dos atores entrevistados apresentou a existência de relação positiva entre os entes municipal e estadual do ponto de vista da articulação política, como oportunidades de processos negociação. No entanto, mesmo que os dados mostrem a baixa representatividade regional da MCH no âmbito da UE, pouco se evidenciou ações do ente estadual, voltadas para a modificação da realidade. Este comportamento revela um contraponto entre o poder do Estado enquanto órgão definidor e planejador e do município enquanto detentor da base municipal com maior capacidade produtiva da RS.

O afastamento das gestões estaduais do sistema de governança de redes foi observado em todo o território brasileiro a partir da transferência de poderes e autonomia aos entes municipais que, com o atraso da regionalização levaram a gestões afastadas dos ideais de planejamento regional, com a “recentralização” nos municípios e enfraquecimento do papel das esferas estaduais. Ao passo em que isto aconteceu, criaram-se sistemas locais isolados, por vezes com baixa capacidade de articulação intermunicipal^{2, 35, 36}.

Diferentemente de federações clássicas, como Estados Unidos, Canadá e Suíça, no Brasil prevalece à preferência por adoção de políticas adotadas em âmbito nacional o que limita o chamado *self-rule* dos governos intermediários e denota a implementação de políticas próprias, colocando os estados brasileiros em posição de coadjuvante, com escolhas e decisões menos importantes, não havendo nenhum incômodo por parte dos envolvidos³⁷.

A partir da leitura deste cenário e da realidade exposta, revela-se a disjunção dos processos de definição de perfil assistencial dos hospitais, de contratualização e, especialmente de pactuação de metas, que ficam delegados ao âmbito local, por meio da autonomia do gestor hospitalar, fato que é evidenciado na fala do representante da gestão estadual: “[...] nesse momento a superintendência dá apoio nessa discussão e tal, mas a discussão é feita [...] pela direção dos hospitais (SUP)”.

Entretanto, do ponto de vista da relação de poder, mesmo que o ente estadual delegue atribuições aos gestores da MCH, pouco se evidencia de autoridade legal e capacidade financeira para legitimar sua autonomia para a condução de processos, especialmente no que se refere à gestão de recursos financeiros. Assim, mesmo que as diretorias da MCH se configurem como representantes do ente estadual possui menor poder para a administração e depende dos vínculos com outros atores como a GM e o CIS para a efetivação da gestão.

Destaca-se ainda, as relações político-partidárias influenciando na gestão da MCH, uma vez que o provimento dos cargos de diretoria e gestão acontece pautado em indicações políticas condicionadas ao governo vigente. Destaca-se que não se percebe que a capacidade técnica seja tida como recurso importante para o desenvolvimento de estratégias de gestão institucional com articulação em rede. Estes casos são marcados pela alta rotatividade que consiste em um fator de risco para a manutenção dos processos gerenciais e planejamento. Pesquisa mostra que a taxa de permanência dos 20.808 servidores de confiança no governo federal brasileiro entre dezembro de 2010 e abril de 2011 foi de 58,61%. Os riscos desta realidade se relacionam à perda da organização da gestão e ao desperdício das experiências técnicas, conformando redes informais de poder³⁸.

A maior diferença gerencial entre as culturas anglo-saxãs e latinas consiste na despolíticação da gestão dos serviços de saúde acompanhada da profissionalização com nomeações meritocráticas, especialmente em funções de direção³. O contexto vivenciado nas instituições estudadas torna os cargos de gestão menos atrativos para servidores mais qualificados e desencadeia a desacreditação e distanciamento do cidadão da política, levando a realidades de governo estagnadas, fechadas em grupos restritos de trabalho^{38, 39}.

As relações existentes entre o ente estadual e a MCH, segundo constatado neste estudo, se restringem a diretrizes de gestão institucional e planejamento com direcionamentos para a construção de estratégias e projetos de trabalho, tendo este ator a

capacidade técnica e responsabilidade de instigar os gestores em seu aprimoramento no processo gerencial. Observou-se que esta aproximação, com a gestão local, permite satisfação dos gestores da MCH na medida em que se aproximam da realidade local, das necessidades do território e se apropriam da conjuntura gestora que acontece em nível local.

“Eles também aprenderam a entender o que é o hospital aqui. [...] {Uma coisa é} [...] {gerenciar a gente em Curitiba}, outra coisa é vir aqui. Porque aqui eles sentiram o dia-a-dia, a política é outra, o modus operandi é outro” (GHB).

A fala dos atores e a análise dos documentos permitiu identificar aproximações entre o ente estadual e as diretorias da MCH, como forma de construção de planos estratégicos para os dois hospitais. Constituiu-se de um momento em que foram pontuadas as necessidades e dentre elas, a melhor efetividade da MCH mediante melhor definição de perfil assistencial da mesma, a melhor articulação com a APS e com os complexos reguladores. Destacou-se ainda, a necessidade de maior envolvimento com a Secretaria Municipal de Saúde nas discussões. No entanto, esta aproximação enfrenta duas situações de grande impacto na efetividade do planejamento. Em primeiro lugar, foi um projeto que se fechou no círculo estadual/regional, sem evidências de transferência destas demandas para a gestão municipal e para o CIS. Em segundo lugar, esta ação sofreu impacto da rotatividade dos atores em seus cargos, mudanças de interesses técnicos e políticos, com comprometimento da qualidade do processo.

Este contexto exposto coloca em questionamento as responsabilidades dos entes na gestão destas instituições que compõem a MCH. Questiona-se até onde vai o papel de um e de outro na gestão destas instituições de forma a permitir a disponibilidade regional de seus serviços no âmbito da RUE. Da mesma maneira cita a coordenação da RMR, cuja ótica permite estabelecer uma relação de apoio da gestão em redes, ao indicar as condições logísticas de regulação de usuários:

“É um hospital estadual sob gestão municipal. Então [...] até onde que vai o papel de um gestor, até onde que vai o papel do outro gestor, sabe? [...] é como se você alocasse um galpão [...] para outro inquilino – que é, no caso, o município – para ele gerir, mas quando aquele galpão começa a dar a problema, daí o problema é mais estadual. Ao mesmo tempo, eu vejo um Estado que tem o domínio dos servidores, que ele coloca os trabalhadores dentro daquele galpão, mas ao mesmo tempo ele não tem gestão sobre aquilo totalmente [...] (RMR).

A MCH nas instâncias de pactuação para regionalização

Ao longo dos anos 2000, normativas federais propuseram instrumentos de planejamento que vislumbrasse a organização regional do sistema de saúde com critérios de definição das RS. Ao mesmo tempo compunham-se instâncias de pactuação e cogestão no sentido de prover cuidados de média e alta complexidade integrando cooperativamente as redes de atenção, com articulação em seus níveis de complexidade^{3, 40}. Como exemplo, o PDR tem como proposta o recorte dos territórios estaduais, agregados em microrregiões e regiões, com seus respectivos níveis de autossuficiência em média e alta complexidade. Esperava-se que estes instrumentos fossem suficientes para reequilibrar o funcionamento do sistema, garantindo integralidade e equidade no acesso de cidadãos brasileiros oriundos de diferentes municipalidades³⁰.

Neste estudo evidenciou-se que, mesmo que exista um PDR e além disso, um instrumento regional de regionalização na UE (Plano Macrorregional de Urgência e Emergência) a MCH é apresentada de forma pouco clara e bastante sintética quanto ao seu perfil de atendimento, fato que potencializa a imagem de uma gestão estadual afastada destes hospitais de nível secundário. Ambos os instrumentos colocam as instituições como “portas-de-entrada” para acesso espontâneo ou regulados dos usuários para atendimento de UE regional, porém incipiente na descrição de sua inserção na RUE, bem como no detalhamento das referências regionais. Como isso, tornam-se débeis enquanto instrumentos normativos, refletindo uma frágil cultura de planejamento articulado entre os atores relacionados, colocando obstáculos para a operacionalização dos elementos contidos nos planos de trabalho².

Com a fragilidade apresentada e a maior concentração de poder no ente municipal para a gestão da MCH, infere-se maior domínio normativo dos elementos constantes no contrato de gestão firmado entre o ente municipal e CIS para a gestão dos hospitais em estudo. Na análise contratual, mesmo que mencione a participação destes hospitais no atendimento as UE disponíveis para os demais municípios da RS, observa-se maior aplicabilidade na atenção ambulatorial articulada de maneira intermunicipal, com enfoque em cirurgias eletivas, ficando a cargo dos hospitais o atendimento a UE majoritariamente de usuário munícipes.

“[...] através de um contrato, que ele não é muito detalhado [...] sobre o serviço que tem que prestar. Mas está lá citado que tem que ser porta de entrada para a rede de urgência e emergência [...]” (RMR).

Neste contexto, o fato de haver como via cooperativa de articulação intermunicipal, a presença de um consórcio como interveniente do processo de gestão, observa-se que ele consiste em órgão pouco determinante no âmbito do atendimento às UE. Mesmo que o consórcio, no âmbito da regionalização, seja um importante instrumento de cooperação e de favorecimento da relação federativa, com a premissa de alívio da sobrecarga municipal e o favorecimento da distribuição social do poder entre os gestores dos territórios⁴¹, isto é mais evidenciado no âmbito da atenção ambulatorial e cirúrgica eletiva, como pode ser observado na fala do CIS:

“[...] eu preciso do hospital, nós precisamos do hospital para dar vazão a algumas demandas do consórcio, que seriam as cirurgias [...] Hoje estamos estudando as cirurgias eletivas [...] precisamos voltar a falar sobre a rede de urgência e emergência, principalmente desses dois hospitais. Não somente desses dois hospitais, acho que da nossa região toda (CIS)

Verificam-se neste contexto, instrumentos de gestão que coexistem, no entanto pouco se articulam como complementares no processo de regionalização no âmbito da UE. O aumento de zonas de sobreposição de instrumentos distintos pode implicar negativamente no processo de divisão de responsabilidades, na utilização dos recursos, bem como na mobilização dos atores⁴⁰.

Considerando o contrato firmado, conflitos emergem da desarticulação entre elementos pactuados, demanda da população e produção da MCH, na medida em que absorvem grande parte da demanda da APS e apresenta limites para atender a totalidade dos casos de MCH, por dificuldade com recursos e investimentos por parte do ente estadual.

“Nós sempre nos colocamos como secundário dentro da pactuação, mas nunca houve uma anuência na prática disso”. Então é pactuado [...] esse tipo de perfil, nós vamos fazer isso, isso e isso. Isso está mais que bem esclarecido teoricamente. Na prática não [...] (DHB).

As instituições estudadas foram responsáveis, no período de estudo, por uma média mensal de 690 internações originadas no atendimento de UE, o que corresponde a 27,7% das internações de média complexidade realizadas no município. Em outras palavras, assumem parcela dos atendimentos passíveis de efetivação na APS, com aplicação de seus recursos nos mesmos e deixam de prestar a assistência de MCH que lhes são conferidos, no âmbito do atendimento às UE. Estas sendo então delegadas ao nível

terciário como critério de estrangulamento deste último e de distorções no perfil proposto para a MCH, fato que condiz com fala da coordenação da RMR:

“Claro que a gente sabe que os terciários absorvem toda a fragilidade dos secundários. Eles acabam absorvendo. E daí eles não conseguem desempenhar o papel deles [...] Eles são um reflexo também. Não deixam de ser um reflexo da fragilidade da atenção primária [...] ou do atendimento da UPA. (RMR).

Cria-se a partir de então, distorções na definição de responsabilidades dos equipamentos de saúde local e regionalmente, com prejuízos a operacionalização da assistência conforme as necessidades do território, bem como a utilização de recursos inadequados aos perfis institucionais.

Além disso, destaca-se a maneira como os processos de contratualização, como as ações de avaliação e monitoramento são executadas. Em primeiro lugar, observa-se um atraso significativo na repactuação das metas constantes em Plano Operativo Assistencial (POA) como instrumento que apoia o monitoramento dos serviços e cujos resultados condicionam os repasses financeiros.

“[...] o POA [...] deveria rever ele anualmente porque há muitas mudanças dentro dos hospitais, não é? [...] em relação à rede de urgência, ele previa um número muito alto de atendimento de... Sete mil atendimentos [...] os hospitais eram questionados [...] Mas a resposta do gestor era que “mas estava no seu plano operativo que você tem que atender sete mil [...] as pessoas que participam da elaboração desse plano operativo têm que estar bem conscientes e saber [...] “qual o perfil do hospital?”, “quanto eu posso atender? [...] as avaliações têm que ser periódicas – trimestral, bimestral, quadrimestral – para avaliar três meses, dois meses, e para corrigir algumas [...] inconsistências nesse meio do caminho” (CIS).

Visto isso, a produção da MCH, no período que abrangeu 2014 até este estudo, foi avaliada tomando como parâmetros valores ultrapassados e incapazes de se estabelecer o cumprimento ou não das metas.

“[...] confesso que, por alguns acúmulos de trabalho, nós acabamos não conseguindo fazer essas avaliações de forma tempestiva [...] as avaliações se tornam intempestivas [...] passa a ser só cartorial, porque não temos muita ação num processo de trabalho que a gente identificou {equivocadamente}[...] (GM)

Mediante esta realidade, e considerando que em diversas unidades da Federação os pactos intermunicipais conviveram com dificuldades na dependência da maior ou menor vigilância exercida pelas CIB, questiona-se a respeito de discussões em instâncias

deliberativas para a regionalização. Neste estudo a CIB foi citada apenas uma vez, pelo gestor municipal, ao tratar da problemática que envolve a grande absorção por municípios, no hospital estudado, no entanto nada se colocou a respeito de seus efeitos. Embora o processo de pactuação, que envolve o compartilhamento de recursos, tenha a CIB como instância de resolução de conflitos, é evidente que os municípios-sede detêm maior poder nessa forma de coordenação⁴², como se pôde observar neste estudo.

É percebida nestas instâncias a dificuldade na superação da cultura de política com base municipal, acompanhada de grandes interesses eleitorais e corporativos. Esse fato leva ao entendimento de que a regionalização sofre mais influência da dinâmica política e social, determinada historicamente, do que da política de saúde². Da mesma maneira, pouco se evidenciou nas falas a articulação intermunicipal e debates sobre os hospitais em estudo nas Comissões Intergestores Regional (CIR) como espaço institucional de caráter deliberativo e de governança regional. Segundo Santos e Giovanella (2014)³⁶, o exercício da governança fica limitado ao ambiente da CIR que se constitui apenas por secretários de Saúde. Este fato é ainda potencializado no contexto do estudo, pela conformação da RS que acontece a partir de um grande número de MPP com restrito poder político na articulação intermunicipal, bem como nas pactuações.

Com isso, os demais atores que compõem a rede regionalizada assumem posições hierarquicamente determinadas em relação aos processos de decisão, trabalhando em defesa de interesses do Estado. Fica evidente a ausência de grupos técnicos e permanentes, déficits de instrumento regional de planejamento e os impactos da rotatividade dos secretários de Saúde. Revelaram a CIR como um local de tradição clientelista articulada por indução financeira e interesses locais político-partidários, forjando a construção das RAS sem o senso de cooperação em relação aos cenários sanitários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu observar a conformação de dois círculos de relações na rede de atores na gestão da MCH que, mesmo que seja constituída de hospitais estaduais, possui o protagonismo da gestão municipal, detentora da autoridade legal para gerir os recursos da média complexidade em seu território, além de possuir a responsabilidade de articulação intermunicipal na figura de município sede de uma RS e detentora da maior capacidade produtiva dentre os municípios que a compõe.

No entanto, observou-se dentre os elementos documentais, quantitativos e qualitativos que a concentração do poder no ente municipal não contribui favoravelmente para a regionalização da MCH, uma vez que mesmo que se constitua de hospitais de referência regional é relevante à constatação de que seus serviços pouco atende a população de outros municípios da RS no âmbito da UE estudada. Possuem um maior papel no que tange o atendimento a municípios, sendo grande parte destes por procura espontânea, originados de um fluxo inadequado de usuários potenciais de atendimento na APS.

Muitas podem ser as explicações a serem configuradas mediante este contexto. A polarização do poder no ente municipal, o afastamento identificado do ente estadual/regional e, ainda, as poucas evidências de discussões acerca da realidade colocada em instâncias deliberativas constituem-se de fortes motivos para o distanciamento destas unidades hospitalares das necessidades do território regional, reforçando as tendências de gestão localizada e centralizada no município.

Na perspectiva da regionalização, visualiza-se um cenário com promessas de condições propícias para relações interfederativas estáveis e relacionamentos locais efetivos para a gestão da MCH no sentido do cumprimento de seu papel regional. No entanto, a estrutura de gestão apresentada se configura como atomizada no sistema municipal, com a concentração do poder neste ente e atendendo majoritariamente as intenções do município no âmbito da UE. Considerando isso, são claras as necessidades de revisão nos processos de gestão dos hospitais em estudo, com tentativas de resgatar o protagonismo do Estado e de seus representantes, especialmente os atores da gestão hospitalar; e fortalecer os espaços de governança regional como instâncias para a organização da atenção à saúde em redes.

REFERENCIAS

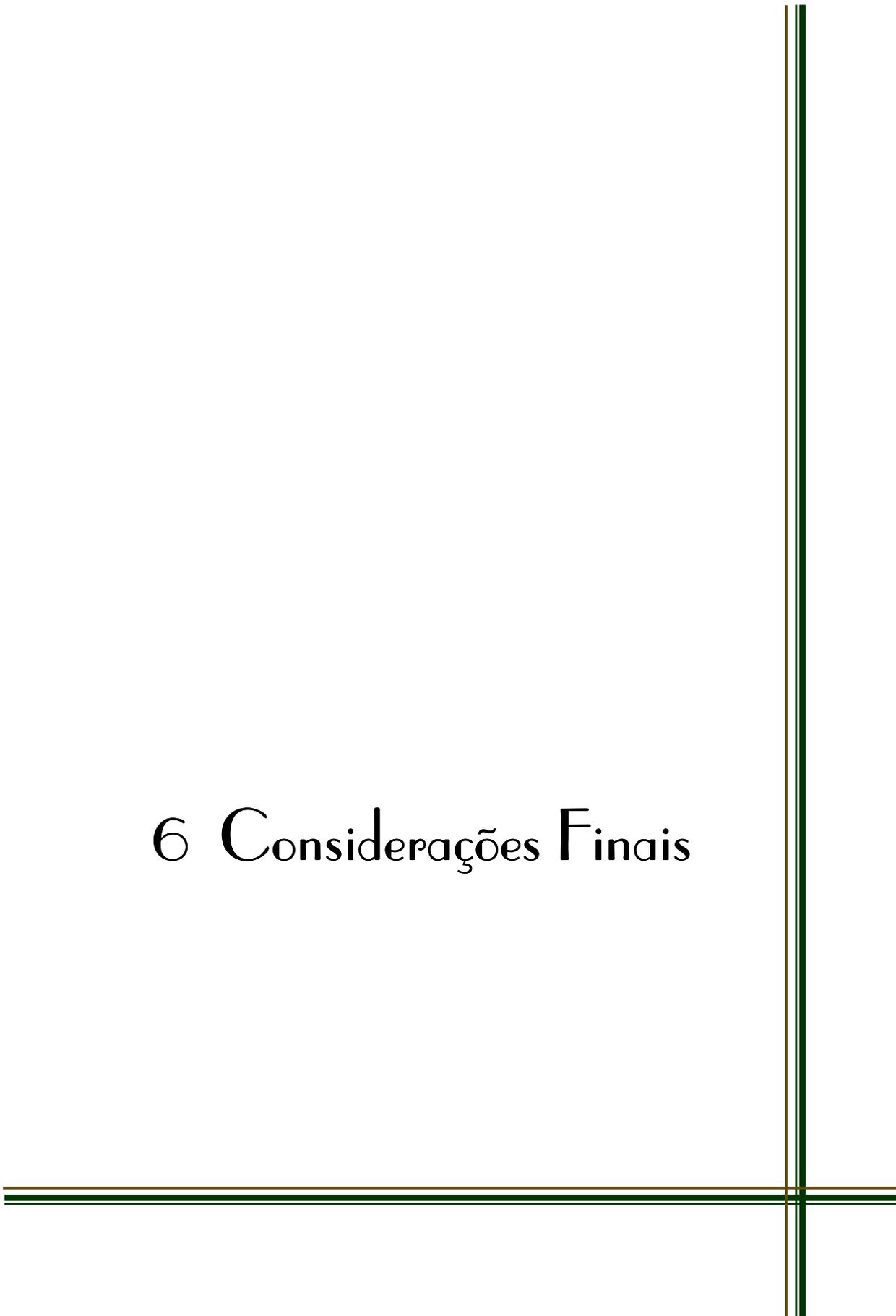
1. Viana ALD et al. Regionalização e Redes de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2018; 23: 1791-98.
2. Mello GA et al O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2017; 22 (4): 1291- 1310.
3. Brasil. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União 2002, 27 fev.

4. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006, 26 fev.
5. Brasil. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez.
6. Dubeux LS, 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* [serial on the Internet]. 2013 Jun [cited 2017 may 5]; 23(2): [about 21 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a03.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011, 08 jul.
8. O'Dwyer G et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33(7): 1-14.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 2013, 30 dez.
10. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 52: 15-37.
11. Brandão CC, Scherer MDA. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(120): 69-83.
12. Andrade JA. Redes de Atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? *Revista Gestão & Regionalidade* 2006; 22 (64): 52-66.
13. Borzel TA. What's so special about policy networks? An exploration of the concept and its usefulness in studying European governance. *European Integration online Papers (EIoP)* 1997; 1(16): 1-28.
14. Borzel TA. Organizing Babylon - On the different conceptions of policy networks. *Public administration* 1998; 76(2): 253-73.
15. Fleury S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Revista Administração em Diálogo* 2005; 7(1): 77-79.
16. Fleury S, Ouverney A. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

17. Ayres JCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 549-60.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 65-76
19. Ricoeur P. Hermenêutica e Ideologias. Petrópolis: Vozes, 2008.
20. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013, 13 jun.
21. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Diretor de Regionalização. Londrina: SESA, 2015.
22. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macroregião Norte. Londrina: SESA, 2018.
23. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2015. Agência IBGE notícias; 2015 Ago 28.
24. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Paraná). Plano Municipal de Saúde 2018-2021. [internet] 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES) [Internet]. Brasília: MS. [acessado 2016 Nov 17]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm
26. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Paraná). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet] 2014 [acesso 15 abr 2019]. Disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013
27. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES) [Internet]. Brasília: MS. [acessado 2019 Dez 12]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm
28. Batista M. Burocracia local e qualidade da implementação de políticas descentralizadas: uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros. *Revista do Serviço Público* 2015; 66 (3): 345-70.
29. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva* 2004; 18(2): 17-26.
30. Machado JA. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Rev. bras. Cienc. Soc.* 2009; 24 (71).

31. Cecílio LCO. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* [serial on the Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 10]17(11):[about 9 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
32. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
33. Vargas I et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan* 2015; 30(6): 705-17.
34. Machado JÁ, Palotti PLM. Entre cooperação e centralização. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2015; 30 (88): 61-82.
35. Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2004; 16(4).
36. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48(4):622-631.
37. Arretche M, Schlegel R. Os Estados nas Federações: Tendências gerais e o caso brasileiro. Documento para discussão. Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2014.
38. Praça S, Freitas A, Hoepers B. A rotatividade dos servidores de confiança no governo federal brasileiro, 2010-2011. *Revista Novos Estudos* 2012; 94: 91-107.
39. Matus C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: Fundap, 2005.
40. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.4, pp.1075-1084. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>.
41. Mendonça FF, Andrade SKAV. Consórcio Público de Saúde como arranjo para a relação federativa e o processo de regionalização. *Redes* 2018; 23(3): 206-24.
42. Ouverney A, Fleury, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico institucionalista. *Revista de Administração Pública – RAP* 2017; 51 (6): 1085-103

6 Considerações Finais



Esta pesquisa permitiu realizar uma leitura sobre a estrutura de gestão da MCH que, no cenário do estudo, se apresenta como uma rede de atores vinculados em busca de implementar a atenção hospitalar nas unidades hospitalares estudadas, em especial no âmbito de atenção às UE, incorporando-as como componente da RUE. Identificou-se que este arranjo pode interferir na inserção dos hospitais na RUE, na medida em que insere em uma conjuntura política e administrativa com o protagonismo da esfera municipal que detém a autoridade legal para gerir os recursos da média complexidade de seu território, além da responsabilidade de promover a articulação intermunicipal na figura de um município sede de uma RS, detentor de uma maior capacidade produtiva.

Mesmo que esta perspectiva exista, identificaram-se dificuldades na operacionalização da assistência da MCH para a região. Os hospitais que constituem a MCH estudada possuem porta-aberta para os casos de UE, facilitando o acesso por demanda espontânea, especialmente aos municípios, que possuíram alta taxa de utilização destes serviços, conforme apresentaram os elementos quantitativos apresentados. Ainda, os dados apontaram para uma alta demanda passível de atendimento da APS local, originada da constituição de fluxos anormais determinados pelo usuário.

O cenário apresentado envolve a MCH na formatação de um sistema de base municipal, com o poder centralizado no neste local, somada a utilização dos serviços majoritariamente por usuários municipais, revelando dificuldades importantes na inserção da MCH na atenção regional. Esta realidade é ainda reforçada na medida em que se observou o afastamento do ente estadual dos processos de regionalização destes hospitais, poucas evidências de discussões sobre esta problemática em instâncias deliberativas e uma coordenação da RUE exercida também pelo município sede, com pouca expressão dos demais gestores da região nos espaços de governança da RUE.

As diretorias dos hospitais, neste contexto, mesmo que conte com a autonomia conferida pela gestão estadual nas tratativas para a negociação de papéis e perfil de trabalho da MCH estudada, não possui autonomia administrativa para gestão dos recursos destinados para sua manutenção. Possui

desta maneira o poder conferido pela autoridade legal, envolto de poder político que lhe é atribuído por meio de sua indicação para o cargo que, neste cenário, acontece de maneira político-partidária segundo interesses da gestão estadual vigente. Esta característica de politização dos cargos não garante gestão institucional um poder técnico e a sua alta rotatividade leva a ameaças aos processos de planejamento institucional bem como para as articulações, especialmente aquelas que visam a regionalização. São fatores que reforçam ainda mais o distanciamento da MCH das necessidades do território regional e as reforçando as tendências de gestão localizada e centralizada no município e dificuldades no sentido de definir os papéis da MCH.

Na perspectiva da constituição de redes de atores e regionalização, visualizou-se, a partir da complexa estrutura apresentada, um cenário com condições propícias para relações interfederativas estáveis e relacionamentos locais efetivos para a gestão da MCH no sentido do cumprimento de seu papel regional. No entanto, segundo observou-se, são claras as necessidades de revisão nos processos relacionais entre os atores envolvidos neste arranjo, com tentativas de resgatar o protagonismo da gestão estadual e de seus representantes na regionalização dos serviços, elevando-se seu poder institucional e de formalização de políticas de saúde; fortalecer as discussões a respeito da representatividade da MCH estudada nos espaços de governança da rede, bem nos espaços de discussão e planejamento da RUE, com oportunidades de envolvimento dos poderes políticos dos demais municípios da região nas discussões sobre esta importante rede temática, sobre os serviços disponíveis e localizados concentradamente e a respeito da disponibilidade dos mesmos para a região.

Ainda, torna-se necessário que esta revisão se estenda para a gestão local dos serviços de saúde, com atenção para a APS no município em questão, sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população, bem como buscar a minimização das causas que levam a construção de fluxos informais dos usuários aos hospitais em estudo.

Este estudo permitiu confirmar a necessidade de que mais estudos explorem a temática da atenção hospitalar em rede, em especial da MCH, em um momento que as situações de saúde e o cenário social impõem ao sistema altas demandas por estes tipos de serviços, exigindo a incorporação de ferramentas de gestão que permitam a reorganização da atenção à saúde em rede, o aperfeiçoamento dos processos assistenciais e aumentem suas possibilidades de expansão regional dos serviços hospitalares em atendimento as demandas territoriais.

Referências

- AGUIAR, F.C.; MENDES, V.L.P.S. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão Hospitalar. **Revista Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, p. 138-155, 2016.
- AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 47, v. 4, p. 1021-1039, 2013.
- ALCÂNTARA, V. C.; PAIVA, A. L.; BRITO, M. J. Desvelando “caixas-pretas” dos textos de estratégia: uma abordagem baseada na hermenêutica crítica. **Organizações & Sociedade**, - Salvador, v. 25, n. 84, p. 030-049, 2018.
- ALMEIDA, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2013.
- ALMEIDA, P.F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 1-15, 2016.
- ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 80, p. 1-13, 2016.
- ANDRADE, J. A. Redes de Atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? **Revista Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v. 22, n. 64, p. 52-66, 2006.
- ARANCIBIAET, E. et al. **Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno**. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2016.
- ARAÚJO, E. C.; LOBO, M. S. **Desafios para sustentabilidade do Sistema Único de Saúde**. In: BARROS, F. P. **CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde**. Brasília: CONASS, 2012.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal Society Research Methodology**, v. 8, n. 1, p.0 19-32, 2005.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

- ARRETCHE, M.; SCHLEGEL, R. Os Estados nas Federações: Tendências gerais e o caso brasileiro. Documento para discussão. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**. 2014.
- AYRES, J. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BARRETO JUNIOR, I.F. Regionalization of public hospital care in the metropolitan área of Vitória, Espírito Santo, Brazil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 1-10, 2015.
- BATISTA, M. Burocracia local e qualidade da implementação de políticas descentralizadas: uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 345-370, 2015.
- BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
- BÖRZEL, T. A. Organizing Babylon - On the different conceptions of policy networks. **Public administration**, v. 76, n. 2, p. 253-273, 1998.
- BÖRZEL, T. A. What's so special about policy networks? An exploration of the concept and its usefulness in studying European governance. **European Integration online Papers (EIoP)**, v. 1, n. 16, p. 1-28, 1997.
- BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.
- BRANDÃO, C.C.; SCHERER, M.D.A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 69-83, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília (DF): CONASS, 2003.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **LEI Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. **LEI Nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Serviços de Saúde (CNES)**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em 12 agosto 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: (Res. CNS 466). Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2012. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 23 fev. 2006^a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal**. Brasília (DF), 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: MS; 2003. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: MS; 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 fev. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 30 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 10 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 15 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 outubro 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/11_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_PNHOSP_COSEMS.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2011.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. 2001. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2001.

CAMPOS, R. T. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASANOVA, A. O. et al. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3163-3177, 2018.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CIRINO, S. et. al. Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018.

COELHO, M.F. et. al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 1-9, 2010.

COELHO, C. F. C. C.; STEIN, A. T. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 112-120, 2016.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Designing and conducting mixed methods research**. 2. ed. SAGE, 2011.

CRUZ, D. N. C. et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 2, p. 186-198, 2016.

CUNHA, G. B. D.; GOULART, S. **A constituição do sujeito sociopolítico na disputa do Plano Nacional de Educação no Brasil**. Nuevas formas de organización y trabajo: Latinoamérica frente a los actuales desafíos económicos, sociales y medioambientales: Santiago: Red Pílares, 2018.

DANTAS, A.; FEITOSA, L. C. A efetividade do plano diretor de regionalização do SUS no rio grande do norte. **Revista da ANPEGE**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 11, p. 21-26, 2013.

- DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.
- DUARTE, J. G. et al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012.
- DUARTE, L. S.; MENDES, N.A. Regionalização e financiamento do SUS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-12, 2018.
- 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: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-21.
- ERDMANN, A.L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, esp., p. 1-8, 2011.
- FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.
- FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2010.
- FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-36, 2015.
- FERRARI, R. M.; NUNES, L. P. L. V. Policy Networks: Uma Teoria de Políticas Públicas? **Encontro de Administração Pública e Governança**, Salvador, p. 1-9, 2008.
- FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Revista Administração em Diálogo**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-79, 2005.
- FLEURY, S.; CARVALHO, A.I. et al. Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil. **Relatório de Pesquisa**, FGV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, mimeo.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

- FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. O sistema único de saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 16-25, 2012.
- FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. London: SAGE. 2014.
- FONSECA J.S.A. et al. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3211-3222, 2018.
- FORTIS, M. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE electron**. São Paulo, v. 9, n. 2, 2010.
- FRANZESE, C.; ABRUCIO; F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: o caso dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (orgs.). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2013.
- GAGNEBIN, J. M. Uma Filosofia do *Cogito Ferido*: Paul Ricoeur. **Estudos Avançados**. São Paulo, n. 11, v. 30, p. 261-272, 1997.
- GARCIA, V.M.; REIS, R.K. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 261-267, 2014.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.
- GOMES, M. T. Paul Ricoeur e um novo conceito de interpretação: da hermenêutica dos símbolos à hermenêutica do discurso. **Ekstasis: revista de hermenêutica e fenomenologia**, V. 7, N. 1, P. 34-55, 2018.
- GOTTEMS, L. B. D. et al. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 282-08, 2016.
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 16, n. 4, 2004

HUERTAS, F. **O Método PES: entrevista com Carlos Matus**. São Paulo: Fundap, 1996.

IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2015. **Agência IBGE notícias**, agosto 2015.

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAPÃO, L. V. et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, 2017.

LAUXEN, R.R. Os cem anos de nascimento de Paul Ricoeur: uma biografia intelectual. **Revista Páginas de Filosofia**, v. 7, n. 1, p.1-25, 2015.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. S; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, 2015.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, 2016.

LONDRINA. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema. **Protocolo de intenções para adequação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema**. Londrina, CISMENPAR, 2012.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Contrato nº 58 de 18 de junho de 2014**. Londrina, SMS, 2014.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2008-2011**. Londrina: SMS, 2008.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Londrina: SMS, 2014.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Londrina: SMS, 2018.

- LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.
- MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, 2009.
- MACHADO, J.A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 30, n. 88, 61-82, 2015.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.
- MATUS, C. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: Fundap, 1996b.
- MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: Fundap, 2005.
- MELLO, et.al O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2017 .
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**: 2. ed: Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- MENDONÇA, F.F.; ANDRADE, S.K.A.V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para a relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 206-224, 2018.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & 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. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**: 2. ed: São Paulo: Atlas; 2002.

- O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n 7, p. 2395-2404, 2010
- O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-14, 2017.
- OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.
- OUVERNEY, A.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico institucionalista. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 51, n. 6, P. 1085-1103, 2017.
- PAULA, A. C.; SPERBER, S. F. **Teoria literária e hermenêutica ricoeuriana: Um diálogo possível**. Dourados: EDUFGD, v. 1, 2011.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macroregião Norte**. Londrina: SESA, 2018.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Diretor de Regionalização**. Londrina: SESA, 2015.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.
- PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução SESA nº 263 de 24 de junho de 2015. Aprovar o Regimento Interno da Superintendência de Unidades Próprias – SUP. **Diário Oficial do Paraná**, Curitiba, PR, 26 junh. 2015. Disponível em < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/--_Resolucao2015/263.pdf>. Acesso em: 12 abril 2019.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Termo de Convênio nº 002, de 4 de março de 2016. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, PR, 09 março 2016.
- PASCHOALOTTO, M. A. C. et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.80-93, 2018.
- PAZIN-FILHO, A. et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 83, p. 1-8, 2015.
- PEDROSO, M. C., MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harvard Business Review*. v. 89, n. 3, p. 54-63, 2015.

PESSOA L. R. et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 9-19, 2016.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

PINAFO, E. **Problemas e estratégias de gestão do SUS em Municípios de pequeno porte**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PRAÇA, S.; FREITAS, A., HOEPERS, B. A rotatividade dos servidores de confiança no governo federal brasileiro, 2010-2011. **Revista Novos Estudos**, São Paulo, v. 94, p. 91-107.

RAMOS, M. C. A. et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-9, 2015.

REED, I. A. Poder: dimensões relacional, discursiva e performática Soc. estado. Brasília, v. 29, n. 2.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 1-6, 2014.

RICOUER, P. **Hermenêutica e Ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.

RICOUER, P. **The Model of the Text: meaningful action considered as a text**. In: *New Literary History. What Is Literature?* The Johns Hopkins University Press, p. 91-117, 1973.

ROCHA, T. H. A. et al. Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 149, p. 1-10, 2017.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.343-352, 2014.

ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção a Saúde. **Consensus**, Brasília, v. 4, n. 11, p. 13-23, 2014.

ROSSANEIS, M.A.; HADDAD, M. C. F. L.; BORSATO, F. G. VANNUCHI, M. T. O.; SENTONE, A. D. D. Caracterização do atendimento a pós implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 648-656, 2011.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, A. S. et al. A gestão estratégica em serviços de urgência e emergência de uma fundação hospitalar de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, supl. 5, p. 117-124.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I.C.M. National Policy for Hospital Care: con(di)vergences among the Federal Executive's rules, Conferences and strategies. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 99-113, 2017.

SCALCO, A. C. **Descentralização no setor da saúde: um estudo sobre a adesão a gestão plena do sistema municipal**. 2015. Tese (Mestrado) – Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. 2015.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do grande abc: os interesses em disputa. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, G. R. F. et al. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 246-257, 2006.

SOUZA, D. K.; PEIXOTO, S. V. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 285-294.

- SOUZA, L.A. et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, 2018 .
- SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, **Rio de Janeiro**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.
- SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, 2009.
- RIBEIRO, P.T.; TANAKA, O.Y., DENIS, J.L.. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.
- TERRA, M. G. et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, 2009.
- TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, A. S.; MELO, E.M. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-373, 2015.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. p. 183-206.
- VENÂNCIO, S.I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.
- VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.
- VIANA, A. L. D.; MIRANDA, A. S.; SILVA, H. P. **Segmentos institucionais de gestão em saúde**: descrição, tendências e cenários prospectivos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.
- XAVIER, D. R. et. al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-15, 2019.
- WORLD BANK. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Washington, D.C.: World Bank Group, 2017.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“ATUAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL”** que possui o objetivo de “Compreender a dinâmica da arquitetura organizacional dos hospitais públicos de média complexidade da 17ª RS do Paraná e sua influência para a atuação dos mesmos na RUE”. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio de entrevista semiestruturada sobre o assunto em questão.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são de contribuir com a análise da influência que a Arquitetura Organizacional dos Hospitais de Média Complexidade da 17ª RS na sua gestão e atuação na Rede de Urgência e Emergência.

Quanto aos riscos, informamos que a presente pesquisa não apresenta risco direto aos envolvidos, sendo que todas as informações obtidas e registros impressos ou audiovisuais serão tratados com confidencialidade e sigilo. No

entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Fabiane Gorni Borsato; tel: (43) 9961-3909; e-mail: fgborsato@gmail.com, residida à Rua Nossa Senhora do Rocio, 1449 – Cambé /PR. Ou ainda, poderá entrar em contato como Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao Laboratório Escola (LABESC), no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201____.

Pesquisador Responsável

(Nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DATA: ___/___/___ INSTITUIÇÃO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: _____

SEXO: () M () F IDADE: _____ anos

QUAL SUA ESCOLARIDADE? () Médio Incompleto () Médio completo
() Superior Completo () Pós-Graduado

FORMAÇÃO GRADUAÇÃO: _____

FORMAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

Há quanto tempo está nesta instituição?

Possui experiência anterior em cargos de gestão? Quais e por quanto tempo?

QUAL O TIPO DE VÍNCULO: () Contratado () Concursado () Nomeado

VOCÊ FEZ ALGUM CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA A FUNÇÃO ATUAL?

Se sim, qual(is)? _____

1. Como você vê o processo de gestão dos hospitais de média complexidade da 17ª RS do Paraná? Fale um pouco sobre.
2. Como se dá a participação da sua instituição no processo de gestão destes hospitais? Você sabe se existem outras instituições que participam da gestão? Existe articulação entre as instituições gestoras? Fale um pouco sobre.
3. Em sua opinião, existe uma proposta de atuação deste serviço na RUE? Se sim, o atendimento está de acordo com esta proposta?
4. Você conhece a pactuação dos hospitais para atuação na RUE? Participou do processo de pactuação? Se sim, como aconteceu?
5. E nas discussões dos resultados e de estratégias de mudanças nestes hospitais, como sua instituição participa? Fale sobre.
6. Em sua opinião, quais os problemas enfrentados por estes hospitais no cumprimento do que está proposto? Em sua opinião, estes problemas tem relação com as possíveis falhas na RUE? Fale sobre eles.
7. Em sua opinião, o que é necessário para que estes hospitais funcionem de forma adequada na RUE, respeitando a sua capacidade/finalidade?

Anexos

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA

Pesquisador: FABIANE GORNI BORSATO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80493517.1.0000.5225

Instituição Proponente: secretaria de estado da saude do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.454.544

Apresentação do Projeto:

Pesquisa que possui como objetivo geral compreender a dinâmica da arquitetura organizacional dos hospitais públicos de média complexidade da 17ª RS do Paraná e sua influência para a atuação dos mesmos na RUE. Será desenvolvido um estudo exploratório, utilizando-se o método misto de análise dos dados, sendo estes primários, coletados a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, e secundários obtidos por meio de pesquisa documental. O estudo será realizado nos hospitais públicos de média complexidade localizados em municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná, no período de janeiro a dezembro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a dinâmica da arquitetura organizacional dos hospitais públicos de média complexidade da 17ª RS do Paraná e sua influência para a atuação dos mesmos na RUE.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a arquitetura organizacional dos hospitais públicos de média complexidade da 17ª RS do Paraná.- Analisar a participação das diferentes instituições na gestão dos hospitais e nos processos de pactuação de metas na RUE.- Comparar o papel desempenhado pelos hospitais na RUE, com o pactuado pelos órgãos gestores e com o previsto nas legislações.

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.454.544

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisadora aponta que a presente pesquisa não apresenta risco direto aos envolvidos, sendo que todas as informações obtidas e registros impressos ou audiovisuais serão tratados com confidencialidade e sigilo. No entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador.

Benefícios: Contribuir com a análise da influência que a Arquitetura Organizacional dos Hospitais de Média Complexidade da 17 RS na sua gestão e atuação na Rede de Urgência e Emergência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já aprovado no CEP da UEL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o TCLE, declaração de concordâncias das instituições (Hospitais, SUP e Diretoria Geral), folha de rosto assinada e instrumentos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1042264.pdf	28/11/2017 13:35:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_UEL.pdf	27/11/2017 18:49:20	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_direcoes.pdf	27/11/2017 18:47:28	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_asm.pdf	27/11/2017 18:46:58	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadora.pdf	27/11/2017 18:46:19	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	declaracao_concordancia_hdaf.pdf	27/11/2017 18:45:36	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito

Endereço: Secretaria da Saúde - Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300

Bairro: Rebouças

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.454.544

Ausência	declaracao_concordancia_hdaf.pdf	27/11/2017 18:45:36	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	declaracao_concordancia_hdea.pdf	27/11/2017 18:45:15	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2017 18:44:56	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_doutorado.pdf	27/11/2017 18:44:42	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/11/2017 18:43:57	FABIANE GORNI BORSATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

ANEXO B

NORMAS - REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a



importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO C

NORMAS - REVISTA SAÚDE EM DEBATE

DIRETRIZES PARA AUTORES

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtiem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento

editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: revista.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

IMPORTANTE: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DO TEXTO

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O TEXTO DEVE CONTER:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsink](#)i, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível [aqui](#).

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de Opinião

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

Relato de Experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Documento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Depoimento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO D

NORMAS - REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÃO PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
- 1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).
- 1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
- 1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no

qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em "Finalizar" e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos