

ISSN: 2317-3092

Recebido em:
14/05/2020
Aprovado em:
04/11/2020

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Perception of nurse managers on the network of care to emergencies

Como citar este artigo

Bastos IB, Macêdo TS, Neto NMG, Caetano JA, Carvalho REFL, Barros LM. Percepção de enfermeiros gestores sobre a rede de atenção às urgências. Rev Norte Mineira de enferm. 2020; 9(1):76-85.



Autor correspondente

Ismael Brioso Bastos
Universidade Estadual do Ceará
Correio eletrônico: Ismael.brioso@hotmail.com

Ismael Brioso Bastos ¹, Thamires Sales Macêdo ², Nelson Miguel Galindo Neto ³, Joselany Áfio Caetano ⁴, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho⁵, Livia Moreira Barros⁶.

1 Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, CE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-5764-841X>

2 Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, CE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-3896-0184>

3 Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professor do Departamento de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – IFPE, Pesqueira, PE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-7003-165X>

4 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, CE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

5 Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo – USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, CE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-3406-9685>

6 Doutora em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, Redenção, CE, Brasil. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-9763-280X>

DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202090109>

Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros gestores acerca da Rede de Atenção às Urgências. **Métodos:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com 13 enfermeiros atuantes na gestão/coordenação. A coleta ocorreu a partir de entrevistas semiestruturadas áudio gravadas e seu conteúdo foi transcrito e com processamento dos dados no software IRAMUTEQ. **Resultados:** Obtiveram-se seis categorias: Porta de entrada e acompanhamento como atribuições da Atenção Primária; Problema de comunicação como complicadores da articulação em rede; Escuta, sensibilização e inclusão dos profissionais para iniciativas articuladoras da rede; Relação entre a comunicação e a integralidade do cuidado; Atenção primária, atendimento pré-hospitalar móvel e hospital como componentes da rede; Gestão como fonte de educação em saúde e educação permanente. **Conclusão:** A percepção dos enfermeiros sobre Rede de Atenção às Urgências encontra-se em evolução, existindo a necessidade de colaboração da gestão e dos serviços para implantação de capacitações para contribuir com um sistema articulado e interligado.

Descritores: Níveis de Atenção à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Gestão em Saúde; Assistência Integral à Saúde.

Objective: To know the perception of nurse managers about the care to emergencies. **Methods:** This is an exploratory study with qualitative approach, which has been developed with 13 nurses acting in management/coordination. Data collection occurred through semi-structured interviews and audio recording. Content was transcribed and data was processed by the software IRAMUTEQ. **Results:** Six categories were obtained: Entrance door and Follow-up as Primary Care assignments; Problem of communication as complicators of networking; Listening, awareness and inclusion of professionals for networking initiatives; Relation between communication and integrity of care; Primary care, mobile prehospital care and hospital care as network components; Management as a source of health education and continuing education. **Conclusion:** The perception of nurses about the Network of Care to Emergencies is evolving, and there is a need for management and service collaboration for the implementation of training to contribute with an articulated and interconnected system.

Keywords: Health Care Levels; Continuity of Patient Care; Health Management; Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um sistema articulado de redes regionalizadas e hierarquizadas, que visam garantir atendimento integral à população. Apesar de quase 30 anos desde sua implantação, o SUS permanece com diversos desafios para atuação efetiva junto à população, nos serviços de saúde disponíveis, em todo o território nacional, tais como dificuldades de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a fragmentação do sistema^{1,2}.

Tal fragmentação é caracterizada por fragilidades nos processos de articulação entre os serviços, seja por parte das instâncias gestoras para os pontos de atenção ou vice-versa. Dessa forma, os profissionais encontram barreiras que impossibilitam a integração mais efetiva com os demais componentes da rede de atenção^{3,4}.

No enfrentamento dessas dificuldades de articulação, o Ministério da Saúde propôs a organização do sistema regional e a hierarquização de serviços em um modelo assistencial de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que oferta ações de atenção primária, urgência e emergência, serviços ambulatoriais especializados, atenção psicossocial e vigilância em saúde, tendo a atenção primária como porta de entrada prioritária para os demais serviços componentes da rede⁵.

Dentre as redes atuantes disponíveis, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências (RAU). Esta tem como componentes a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Atenção Hospitalar; e Atenção Domiciliar⁶.

Os serviços de urgência e emergência possuem particularidades que interferem diretamente em sua articulação com a rede como taxas de eventos adversos maiores e ambientes com interrupções frequentes nas atividades dos profissionais, superlotação, transferências contínuas e variabilidade no perfil dos agravos atendidos, dessa forma, a atenção primária é fator

de importante destaque na organização do fluxo de atendimento e transferência na rede, pois é a porta de entrada do serviço de saúde. Esses fatores podem contribuir para falhas relacionadas à comunicação, gerenciamento e acolhimento⁷.

Nos variados serviços que integram a RAU existe a atuação do profissional enfermeiro com atribuições de atividades assistenciais, de educação em saúde e educação permanente, administrativas e gerenciais⁸. Diante da problemática da comunicação efetiva e integral entre os componentes que fazem parte da RAU, aponta-se a relevância do enfermeiro gestor na liderança dos serviços de saúde e de equipes que os compõem. Nesse contexto, destaca-se que sua atuação, enquanto gestor, e sua tomada de decisões gerenciais para enfrentamento de problemas são influenciadas pela sua percepção acerca da atuação profissional dos enfermeiros por ele chefiados. Assim, apresentou-se o questionamento: Como os enfermeiros gestores percebem a Rede de Atenção às Urgências?

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi conhecer a percepção dos enfermeiros gestores acerca da Rede de Atenção às Urgências.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa⁹, realizado na rede de atenção às urgências de um município do Ceará, reconhecido como polo regional de assistência. A Rede de Atenção às Urgências do referido município conta com serviços de atenção primária e unidades básicas de saúde, serviços de atenção à saúde especializados/secundários e instituições hospitalares/terciárias.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que não executavam atividades diretas de assistência no serviço que compunha a rede, denominados de “enfermeiros gestores” e que aceitaram participar do estudo. Cumpre mencionar que houve intencionalidade na abordagem por enfermeiros de cargos gerenciais, uma vez que estes são responsáveis pela execução de serviços organizacionais, a exemplo da implantação de um processo de trabalho em rede.

O critério de inclusão foi atuar há pelo menos três meses no cargo de gestão do serviço. Quando aos critérios de exclusão delimitou-se: estar afastado, de férias e licença saúde/maternidade. Assim, do universo de 17 enfermeiros gestores, 13 integraram a amostra do presente estudo.

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada gravada, que foi antecedida pelo consentimento dos participantes, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe destacar que bastou uma entrevista com cada participante, para que o objetivo do estudo fosse atingido e que as entrevistas durariam aproximadamente 40 minutos. O questionário de entrevista semiestruturada utilizado era composto por duas partes: a primeira com informações sociodemográficas, laborais e profissionais dos participantes. A segunda continha a pergunta disparadora: “Como você percebe a Rede de Atenção às Urgências?”.

Os dados audiogravados foram transcritos na íntegra e processados no software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) 0.7 Alfa 2.3.3.1. O software, ancorado ao programa R, fraciona o conteúdo textual em trechos (segmentos) e permite mensuração de frequência de palavras e análise multivariada pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nessa análise multivariada, os segmentos são agrupados em classes, diante da utilização do Qui-quadrado, de forma que as classes são compostas por trechos que possuem semelhança e que diferem dos trechos que compõem as outras classes. A representação visual da relação entre as classes é apresentada pelo software em forma de dendograma.

Houve compatibilidade de processamento dos dados pelo IRAMUTEQ, uma vez que a transcrição dos textos foi composta por 245 segmentos, que tiveram aproveitamento para análise de 77,14%.

O caráter sigiloso dos dados e o anonimato dos participantes foram respeitados, de maneira que a identificação dos envolvidos no estudo foi apresentada por codificação pela letra “E” para os enfermeiros, acrescentados de sequência numérica crescente, de acordo com a ordem das entrevistas.

A pesquisa obedeceu aos aspectos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) das diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, do Ministério da Saúde. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer de nº 2.890.968/2018.

RESULTADOS

Figura 1. Dendograma das palavras apresentadas em classes, obtido a partir da classificação hierárquica descendente (CHD). Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Percepção de enfermeiros gestores sobre a Rede de Atenção às Urgências											
CLASSE 1: 16,93%		CLASSE 2: 14,81%		CLASSE 3: 19,58%		CLASSE 4: 14,81%		CLASSE 5: 19,58%		CLASSE 6: 14,29%	
Porta de entrada e acompanhamento como atribuições da Atenção Primária		Problema de comunicação como complicadores da articulação em rede		Escuta, sensibilização e inclusão dos profissionais para iniciativas articuladoras da rede		Relação entre a comunicação e a integralidade do cuidado		Atenção Terciária em Serviço de Alta Complexidade na RAU		Gestão como fonte de educação em saúde e educação permanente.	
Palavra	χ²	Palavra	χ²	Palavras	χ²	Palavras	χ²	Palavras	χ²	Palavras	χ²
Demanda	13,9	Funcionar	17,2	Problema	17,0	Pessoa	17,0	UPA	21,1	Gestão	28,7
População	11,7	Existir	17,0	Fragmentar	16,7	Realmente	14,8	Situação	20,3	Evitar	24,1
Gente	11,2	Atenção	13,8	Cuidado	13,3	Aberto	13,2	Unidades Básicas	16,7	Condição	12,3
Recurso	10,9	Setor	13,2	Bom	13,3	Falar	12,4	Hospitalar	16,7	Prontuário	12,3
Atenção Primária	5,09	Ação	6,49	Acompanhamento	5,33	Paciente	5,7	Atendimento	8,96	Simplex	12,3
Acompanhar	4,82	Secundário	6,08	Pensar	4,29	Trabalhar	5,06	Rede	8,31	Médico	12,3
		Papel	4,01	Tomar	4,29	Doença	4,01	Fragilidade	7,77	Hora	6,83
		Interligar	4,01	Competência	4,29			Básico	6,52	Atenção Secundária	6,45
		Hospital Regional	4,01					Capacitação	5,33	Precisar	5,58
								Direto	5,33	Sobrecarregar	4,85
								Falha	4,97	Posto	4,26
								Contato	4,29	Modelo	4,26
								Organizar	4,29	Instância	4,26
								Tecnologia	4,29	Ver	4,26
								Efetividade	4,29		
								Através	4,29		
								Suporte	4,29		
								Interagir	4,29		
								Atuação	4,29		

Dentre 13 enfermeiros gestores que participaram do estudo, houve predomínio do sexo feminino com 76,92% (n=10). Com relação à faixa etária, os enfermeiros variaram entre 27 a 45 anos. Quanto ao nível de formação, 76,92% (n=10) possuíam especialização, dois possuíam título de mestre, e um possuía a graduação em Enfermagem como maior titulação. No que diz respeito ao tempo de formação profissional, 53,84% (n=7) possuíam tempo de formação entre 10 a 20 anos, 15,38% (n=2) entre 5 e 10 anos e 30,76% (n=4) igual ou inferior a cinco anos. O dendograma gerado no IRAMUTEQ fracionou os 245 segmentos em seis classes, apresentadas na Figura 1.

A partir da análise de conteúdo dos dados, emergiram seis categorias: Porta de entrada e acompanhamento como atribuições da Atenção Primária; Problema de comunicação como complicadores da articulação em rede; Escuta, sensibilização e inclusão dos profissionais para iniciativas articuladoras da rede; Relação entre a comunicação e a integralidade do cuidado; Atenção primária, atendimento pré-hospitalar móvel e hospital como componentes da rede; Gestão como fonte de educação em saúde e educação permanente.

Porta de entrada e acompanhamento como atribuições da Atenção Primária

Os enfermeiros gestores destacaram a Atenção Primária como porta de entrada no SUS, para receber variados tipos de público, de agravos e de demandas referentes à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Houve destaque referente às competências da Atenção Primária, no que se refere a não apenas receber o paciente, mas também acompanhá-lo em todo seu percurso pelos outros serviços, por meio da referência e contra-referência:

“A população deve ser coordenada pelo serviço de atenção primária, que é a coordenadora do cuidado e o primeiro contato do cidadão” (E1).

“A atenção primária é quem precisa sair acompanhando ele nos diversos serviços, de modo a dar continuidade no atendimento, prezando a integralidade como um dos princípios que são mais enfatizados” (E3).

Para contribuir com a organização e melhor funcionamento da rede, foi apontada a relevância da educação permanente, para constante capacitação e sensibilização da equipe. Os enfermeiros gestores apontaram que a equipe capacitada possui mais articulação e pode compreender melhor a demanda.

“Se eu não tenho uma equipe que esteja capacitada pra trabalhar efetivamente não vai ser uma porta de entrada eficaz, eu tenho que mostrar aos meus profissionais e capacitá-los para que eles estejam preparados pra receber esse tipo de demanda. Muitas vezes a gente não recebe demanda de urgência e emergência” (E5).

Problema de comunicação como complicadores da articulação em rede

Foi possível identificar demonstração de preocupação dos gestores acerca da dificuldade de compreensão das instituições, frente ao seu papel enquanto parte de uma rede de serviços que deveria ser articulada e estruturada para garantir qualidade de assistência para a demanda, em cada nível de atenção. Tal dificuldade de compreensão foi apontada como causadora de lacuna na orientação dos pacientes, referentes aos serviços existentes, o que acarreta demora e entraves no itinerário terapêutico.

“Existe uma pactuação entre os serviços sobre os seus tipos de atendimento, mas ainda se tem essas dificuldades, deles reconhecerem cada um” (E6).

“As falhas se dão tanto nas informações que são dadas aos pacientes, quanto aos locais ideais para o atendimento, na atenção secundária e terciária” (E8).

“Se observa como falha ainda, a comunicação com o Hospital Regional, o que muitas vezes acontece, que é a ida e volta do paciente dentro dos serviços” (E6).

Escuta, sensibilização e inclusão dos profissionais para iniciativas articuladoras da rede

Como alternativa para integração da rede, os enfermeiros gestores apontaram que as principais estratégias em busca resolução ou minimização dessas fragilidades estão em intervenções que envolvam o trabalho em equipe, de todos os profissionais. Foi levantada a importância de iniciativas referentes ao processo organizativo de cada serviço, separadamente, e incentivo da gestão municipal, a partir de reuniões e oficinas, para levantar as opiniões dos profissionais e abordar a problemática e a sensibilização, para resolução a partir da atuação e construção coletiva.

“É justamente traçar a linha de cuidado para o paciente, em que ele possa não ser fragmentado, mas que toda a rede possa estar interligada no cuidado desse paciente” (E4).

“Além de reuniões e momentos de discussão entre a gestão, é importante discussão também com os trabalhadores, tanto os do hospital quanto os da atenção primária, para que eles também possam estar colocando suas dificuldades e também pensando nessas soluções” (E2).

“Outra forma é o acompanhamento in loco das equipes, indo até elas para resolver algum problema que aconteça” (E12).

“[...] é criar estratégias, são educações permanentes, é fazer uma forma interativa para que realmente a gente se sensibilize da importância de se ter uma boa comunicação” (E13).

Relação entre a comunicação e a integralidade do cuidado

A lacuna de comunicação entre os componentes da rede, foram apresentados como fator de prejuízo a humanização e integralidade do cuidado. Dessa forma, apesar dos serviços de Urgência e Emergência possuírem os componentes dos distintos níveis de atenção, a não comunicação acarreta necessidade de encaminhamento dos pacientes para variados serviços.

“A rede é bem completa, ao mesmo tempo acaba realmente fragmentando muito o atendimento. A gente tem todas as especialidades ofertadas pelo SUS, ao mesmo ponto que, quando a gente encaminha um paciente para um especialista, ele só realmente foca na sua especialidade” (E3).

“A comunicação e a humanização andam muito juntas, a gente fala sobre a comunicação entre os profissionais” (E13).

Atenção primária, atendimento pré-hospitalar móvel e hospital como componentes da rede

Os gestores enfermeiros apresentaram ciência sobre a rede ser composta por variados tipos de serviço, desde a atenção primária, o atendimento móvel pré-hospitalar e os hospitais de referência. Todos, apesar de possuírem fragilidades, na missão de serem efetivos e articulados em prol da organização do atendimento.

“Temos o SAMU, que hoje nessa organização da rede de urgência e emergência, a grande maioria das pessoas procuram, de fato, no caso de situações em domicílios ou em trajeto. Em situações mais específicas procuram, em geral, as unidades hospitalares, mas as unidades básicas estão também preparadas para fazer um primeiro atendimento e referenciar caso necessário” (E1).

“Obviamente a rede vem com esse intuito de organizar o processo de trabalho né, organizar fluxo, organizar regulação, organizar acesso” (E10)

Gestão como fonte de educação em saúde e educação permanente

As responsabilidades da gestão foram apontadas para educação em saúde da população e para capacitação dos profissionais. Dessa forma, os gestores apontaram a necessidade de investimento para conscientização da população, a fim de culminar na busca correta dos agravos de cada nível de assistência, o que influenciaria na resolução na atenção básica, de boa parte das demandas que buscam as emergências hospitalares. Assim, as falas dos gestores identificaram, como responsabilidade da gestão, a educação e conscientização da população como forma de co-responsabilização de organização da demanda para as urgências e emergências, no sistema de saúde. Além disso, foi apontada a liderança da gestão para delegar atribuições e para treinar as equipes, no enfrentamento das demandas de saúde.

“Eu vejo que a gestão precisa realizar mais atividades educativas com a população, de acordo com as demandas de cada serviço, para que ela se conscientize de onde deve ir e não ir direto pra um hospital, com situações que podem ser resolvidas na unidade básica” (E6).

“A gestão tem tentado cumprir essa necessidade dos profissionais, mas ainda tem que melhorar muito, porque as redes são algo recente” (E2).

“Quando há a necessidade de demandas maiores, parte da gestão maior do município a reunião dos serviços, pra saber o que cada um vai fazer. A gestão reúne cada serviço, pra gente ver qual vai ser o papel de cada um diante daquilo, pra tentar não sobrecarregar mais pra um ou outro” (E6).

DISCUSSÃO

Este estudo revelou, a partir das falas, as competências e responsabilidades da atenção primária a saúde enquanto centro ordenador, coordenador e articulador do cuidado ao paciente numa rede de atenção à saúde. É responsabilidade da atuação do enfermeiro na APS as atividades de liderança e tomada de decisão nos diferentes níveis de cuidado ao paciente, principalmente na interlocução com outros serviços e setores de saúde, permitindo uma atuação resolutiva e integral diante das diferentes demandas que surgem em seu cotidiano¹⁰.

Segundo os relatos, ainda é complexo o entendimento, entre os pontos da rede de urgência, o papel de cada instituição, o que dificulta a articulação da rede de cuidado à população nesses serviços de saúde. Estudo realizado com gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro também apontou essa dificuldade de articulação da APS com níveis de atenção mais complexos, como o hospitalar. Os gestores reforçam a dificuldade de entendimento e aceitação de outros setores, em se ter um modelo de atenção à saúde coordenado pela atenção primária, o que reflete em uma comunicação e articulação efetiva para continuidade de uma assistência integral e horizontal entre os níveis¹¹.

Essa visualização individualizada leva a um cuidado fragmentado quanto ao processo de trabalho em rede, em que esse desconhecimento dos profissionais sobre a responsabilização de cada estabelecimento dentro deste modelo de saúde são fatores que comprometem a comunicação de uma rede de serviços de atenção à saúde^{12,13}. Este fato é identificado na rede de urgência em estudo, pois, nas falas descritas, é possível perceber que ocorre a fragmentação do cuidado entre os serviços de saúde, o que dificulta a garantia da integralidade e humanização no atendimento da população.

Neste estudo, os participantes indicaram que, para melhor articulação entre os pontos de atenção da rede, há a necessidade de melhor articulação, a partir de reuniões contínuas e fortalecimento da comunicação entre os profissionais. Estudo realizado no Sul do Brasil, com enfermeiros intensivistas, evidenciou, a partir das falas dos participantes, a importância das reuniões entre a equipe para a problematização das atividades profissionais e construção coletiva de estratégias de enfrentamento¹⁴.

Logo, nota-se que a colaboração interprofissional, como incentivo para melhorias na comunicação, surge como uma estratégia a ser exercida no cotidiano dos profissionais de saúde entre os diferentes níveis de atenção. Esta se relaciona ao cuidado integral, práticas participativas e relacionamentos pessoais entre os envolvidos, se contrapondo aos modelos de saúde hierarquizados e piramidais^{15,16}.

Dessa forma, o enfermeiro, diante de seu exercício profissional, precisa desenvolver inúmeras competências que envolvam uma comunicação efetiva com os demais, exercendo sua liderança como mediador diante daquela situação, o envolvimento mútuo dos profissionais atuantes na equipe e garantindo um dimensionamento adequado da qualidade da assistência prestada¹⁷.

Todos os participantes revelaram que possuem conhecimento sobre os serviços ofertados na RAU, que vão desde a atenção primária até a atenção terciária, entendendo a importância da descentralização e o fluxo de atendimento conforme o nível de complexidade. O entendimento sobre os diferentes profissionais existentes nos serviços de urgência beneficia a integração entre os níveis de atenção e a realização dos encaminhamentos necessários, o que potencializa a qualidade da assistência, a organização da rede e a integralidade do cuidado¹⁸.

Outra fragilidade evidenciada pelos gestores foi o predomínio do modelo hospitalocêntrico na rede de atenção às urgências em que, na maioria dos casos, permanece atendendo ocorrências que não se caracterizam como urgentes ou que seja no perfil de sua demanda específica. Estudo revelou que a população procura estes serviços por ser o meio considerado mais rápido de se conseguir atendimento profissional, principalmente a nível de especialidades médicas, a marcação de consultas e também o diagnóstico de seu caso¹⁹. Isso dificulta a consolidação do cuidado integral e favorece a centralização da atenção à saúde em determinado nível de atenção da rede, contribuindo ainda mais para a desarticulação entre os serviços.

É preciso uma reforma hospitalar que contribua para a integração dessas instituições nas redes de atenção à saúde e auxilie na reorganização e orientação da população sobre os serviços ofertados, além do fortalecimento da atenção primária e capacitação dos profissionais na atenção especializada²⁰. No Canadá, estudo revelou que o aumento de investimentos na atenção primária e a organização dos serviços em redes de atenção contribuiu para a diminuição da busca da população pela emergência e, conseqüentemente, redução da taxa de internação hospitalar²¹.

Para os participantes deste estudo, a orientação da população sobre o itinerário terapêutico é crucial para a efetividade da RAU. O baixo nível de conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e a oferta de serviços disponibilizados bem como a organização em rede prejudica o empoderamento quanto ao direito à saúde, o que dificulta a coordenação do cuidado e a garantia da integralidade em saúde²². Estratégias de educação em saúde reforçam a discussão a respeito do reconhecimento das atribuições de cada serviço integrante da rede de atenção à urgência e contribui para reorganização da busca da população na atenção primária, que é a coordenadora do cuidado e porta de entrada dos serviços de saúde.

Também é preciso, conforme os gestores, a implementação de momentos de educação permanente com os profissionais de saúde atuantes na RAU, para a melhoria do conhecimento sobre a responsabilidade de cada serviço, o itinerário terapêutico e a organização dos níveis de atenção em rede.

A educação permanente possibilita a junção do conhecimento proveniente da vivência profissional e novos conhecimentos adquiridos em capacitações, que podem modificar as práticas assistenciais no serviço de saúde¹⁴. A identificação da situação de saúde, os determinantes sociais e econômicos, das políticas educacionais, de gestão, trabalho e desenvolvimento da participação social são apontados como pressuposto para que o processo de educação de profissionais responda às necessidades concretas, para se construir propostas que busquem o processo de autoanálise do trabalho, o que pode proporcionar chances de remodelar as práticas, os modelos de saúde para fortalecimento do SUS²³.

Nesse sentido, a educação permanente e a gestão participativa do cuidado são apontadas como formas de desenvolver entre os profissionais uma linguagem comum acerca do trabalho em rede. A melhoria da gestão, como incentivadora deste processo de colaboração, aumenta a tomada de decisão, o aperfeiçoamento do trabalho e abrem novas oportunidades para reavaliação dos meios de se articular um serviço intersetorial, como parte de um sistema de saúde²⁴.

Além disso, a educação permanente se traduz no pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz novos sentidos de se fazer e se capacitar o cuidado em saúde. Propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica das necessidades encontradas nas práticas em saúde de profissionais, em ação da rede de serviços, onde o aprender e o ensinar necessitam fazer parte do cotidiano de um processo de trabalho na saúde ²⁵.

Destaca-se como limitações do estudo, o critério temporal para a coleta de dados, visto que, o município possui uma rede ampla de serviços em todo o seu território e, quando se trata de uma análise da rede de atenção à saúde, esta ficou fragilizada pela dificuldade de imersão em cada serviço, para compreensão do processo de trabalho deste em suas singularidades, para então visualizar como componente de uma rede como um todo. Também se aponta o fato do estudo não ter sido realizado com os atores da macrorregião do município.

Todavia, as informações obtidas possibilitam novas discussões para a necessidade de novas pesquisas, a percepção dos usuários sobre uma rede de cuidados em saúde do município estudado, que pode ampliar as discussões sobre as fragilidades e potencialidades dos serviços e resultar no planejamento de ações mais efetivas pela gestão de acordo com a necessidade local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da rede de atenção às urgências mostrou que ainda se encontra como uma rede de atenção à saúde em evolução, observado pelos discursos dos gestores no que se refere a implementação efetiva de um sistema articulado e interligado, que tenha a comunicação intersetorial como base para a continuidade do cuidado em diferentes serviços.

Conforme percepção dos gestores, a atenção primária possui atribuição como coordenadora do trabalho em rede, visto que constitui porta de entrada, e realiza atendimentos e escuta qualificada das queixas do paciente, entretanto com fragilidade na referência e contra-referência para os demais pontos. As instituições hospitalares permanecem, sob a ótica da população, como porta de entrada para inúmeras situações que não se configuram como perfil de urgência e emergência, principalmente por parte da população que busca atendimento de intervenções rápidas e também não entendem um processo de cuidado integral e voltado para a rede, como um percurso a ser percorrido de acordo com a necessidade encontrada.

Verificam-se os avanços e potencialidades incentivados pela gestão municipal, mediante ciência da necessidade de realizar ações que envolvam todos os atores responsáveis pelo sistema de saúde, a partir dos atributos da educação permanente e educação em saúde.

Recomenda-se um melhor direcionamento em que futuros estudos contemplem o desvelamento da percepção dos profissionais que atuam nos três níveis de atenção da RAU e que sejam pesquisadas as efetividades de intervenções e tecnologias na melhoria da articulação em rede. No campo prático, os gestores dos diferentes níveis de atenção frente às suas equipes podem estar se organizando estrategicamente de maneira a fortalecer a comunicação entre os serviços de saúde. Deve ser priorizado, inicialmente, reconhecimento entre os profissionais sobre o processo de trabalho em rede e articulação da equipe em que se necessita a presença de comunicação efetiva para o funcionamento adequado dos serviços que compõem a RAU.

REFERÊNCIAS

1. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas. *Saúde em Debate*. 2017; 41: 99-113. Doi: [10.1590/0103-11042017s308](https://doi.org/10.1590/0103-11042017s308).
2. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4): 1155-1164. Doi: [10.1590/1413-81232017224.30252016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016)

3. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2015; 19:169-73. Doi: [10.5935/1414-8145.20150023](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023).
4. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Kerber NPC. A complexidade da rede de atenção à saúde. *CiencCuidSaude*. 2015;14: 1609-1615. Doi: [10.4025/cienccuidsaude.v14i4.27791](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.27791)
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). 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); 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
7. O'Connell KJ, Shaw KN, Ruddy RM, Mahajan PV, Lichenstein R, Olsen CS et al. Incident reporting to improve patient safety: the effects of process variance on pediatric patient safety in the emergency department. *Pediatric emergency care*. 2018 [citado 2020 mar 29]; 34(4), 237-242. Doi: [10.1097/PEC.0000000000001464](https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001464)
8. Ministério da Saúde (BR). POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS. Série E. Legislação de Saúde; 2006. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *RevPesqui Qualitativa*. 2017; 5: 1-12.
10. Silva MCN, Ramalho NM. Ampliação do papel do enfermeiro na atenção primária à saúde: o caso do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27: 3245. Doi: [10.1590/1518-8345.0000.3245](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245).
11. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015; 39(104): 9-17. Doi: [10.1590/0103-110420151040194](https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194).
12. Brondani, J. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21. Doi: [10.5380/ce.v21i1.43350](https://doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350)
13. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(2): 357-365. Doi: [10.1590/S0034-8910.2014048004941](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941).
14. Tomaschewisk-Barlem JG, et al. Estratégias para o desenvolvimento da sensibilidade moral: perspectiva dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev. Anna Nery*. 2020; 24: 3. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0311>.
15. Kanan LA, Masiero AV, Bellinati NVC, Schonmeier NLA. Educação e trabalho interprofissional em Saúde: panorama da produção científica brasileira. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 2018.
16. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(8): 2511-252. Doi: [10.1590/1413-81232015208.11652014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014).
17. Silva MCN, Ramalho NM. Ampliação do papel do enfermeiro na atenção primária à saúde: o caso do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27: 3245. Doi: [10.1590/1518-8345.0000.3245](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245).
18. Cunha VP, et al. Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência. *EnfermeríaActual de Costa Rica [online]*. 2019; 37: 1-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34744>.
19. Santos RC, Miranda FA. The roles of the professional and the policies of mental health in the city of Natal, Brazil: An analytic study. *Online BrazilianJournalofNursing*. 2014; 13: 475-477. Doi: [10.5935/1676-4285.20145020](https://doi.org/10.5935/1676-4285.20145020)
20. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1791-8.
21. McAlister FA, Bakal JA, Green L, Bahler B, Lewanczuk R. The effect of provider affiliation with a primary care network on emergency department visits and hospital admissions. *CMAJ*. 2018; 190 (10): E276-E284. doi: 10.1503/cmaj.170385.
22. Galvão JR, et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35: e00004119.
23. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2017; 21: 4. Doi: [10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317)
24. Costa MAR, Souza VS, Teston EF, Spigolon DN, Matsuda LM. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10: 558-564. Doi: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.6368](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.6368)
25. Alves ED. Política de Educação e desenvolvimento para o SUS-Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*. 2017;1(1).