



# SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

**Volume 1**

**Organizador  
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA





# SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

**Volume 1**

**Organizador  
Daniel Luís Viana Cruz**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia  
SAÚDE: ASPECTOS GERAIS  
Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

**Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

**Organizador (a)**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

**Conselho Editorial**

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaloneone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

**Editores de Área – Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

**Assistentes Editoriais**

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

**Imagem de Capa**

Freepik

**Edição de Arte**

Leandro José Dionísio

**Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde [livro eletrônico] : aspectos gerais: volume 1 / Organizador Daniel Luís Viana Cruz. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. 225 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-24-7

DOI 10.47094/978-65-88958-24-7

1. Saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Doenças – Prevenção. I. Cruz, Daniel Luís Viana.

CDD 610

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



## PREFÁCIO

O bem-estar das pessoas depende de diferentes fatores, como os fatores genéticos, o ambiente, o estilo de vida e a assistência médica. Desta forma, a saúde deve ser mantida, por meio da aplicação da Ciência da Saúde e pelo modo em que cada indivíduo vive, assim como a sociedade em geral.

A visão integrativa em saúde é fundamental para a melhoria de vida da população, uma vez que aborda uma visão ampla sobre as áreas da saúde, de forma conjunta. Desta forma, o presente livro retrata informações sobre a promoção e educação em saúde, urgência e emergência, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde bucal, acidentes no trânsito, acidentes ofídicos, queimaduras, viroses, síndromes, doenças autoimunes, entre outras.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 17, intitulado “ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS VIVENDO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2”.

# SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....16

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM UM GRUPO DE IDOSOS

Letícia Costa de Araújo

Janaína de Almeida Prado

Héryca Laiz Linhares Balica

Dheinna da Silva

Antônia Verônica Fonsêca Salustiano

Andréa Carvalho Araújo Moreira

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/16-22

CAPÍTULO 2.....23

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO SUBSÍDIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Antônia Fernanda Sousa de Brito

Ciliane Macena Sousa

Jullyet Kherolainy Carneiro da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/23-29

CAPÍTULO 3.....30

ATIVIDADES LÚDICAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS

Chendda Aikaa Feitosa Fontenele

Ana Beatriz Menezes Teixeira

Ana Luiza rabelo Saldanha

Carola Braz de Lavor

Daniele Guedes Jucá

Danilo Gomes Rocha

Gabriel Gurgel Silva Fernandes

Maria Rita Maximo Juliao

Victória Gentil Leite de Araújo

Manoel Cícero Viana de Lima

Yago Alcântara Palácio

Jocileide Sales Campos

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/30-36

CAPÍTULO 4.....37

DESAFIOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

Ana Paula Fernandes

Adriana Barbieri Feliciano

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/37-51

CAPÍTULO 5.....52

RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE ABATEDOURO

Isabelle Rodrigues de Lima Cruz

Levi Pedro Figueiredo de Oliveira

Allicia Mayra Maximino da Silva

Athos Lucas Melo Barboza

Gabriela Machado Ferreira

Luiz Guilherme Generoso Soares de Lima

Maria Eduarda de Souza Silva

Filipa Maria Soares de Sampaio



Maria do Socorro Vieira Gadelha

Daniela Cristina Pereira Lima

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/52-69

CAPÍTULO 6.....70

PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AS BARREIRAS NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO

Simone da Silva Andrade

Vanessa Karla Santos de Souza

Manuela Izabel Benício

Ediana Enéas da Silva Accioly

Aline Vieira de Andrade

Letícia Lívia de Santana Santos

Flávia Rodrigues da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/70-85

CAPÍTULO 7.....86

ALONGAMENTO DA MUSCULATURA POSTERIOR DE MEMBROS INFERIORES ATRAVÉS DA REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL E ALONGAMENTO SEGMENTAR

Tiara Aguiar Sousa Melo

Maria Suzana Pinheiro Gomes

Nayla Mikaelle Pinheiro Viana

Luan Roberto Miranda da Silva

Francisco Hamilton Andrade Leite Junior

Ruthe Caldas Rangel

Márcio Emídio Almeida da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/86-96

CAPÍTULO 8.....97

EFEITOS DA DESMINERALIZAÇÃO DENTINÁRIA SELETIVA NA RESISTÊNCIA DE UNIÃO À DENTINA

Anna Marina Teixeira Rodrigues Neri

Carolina Petrucelli Rennó Pinto

Ricardo Lopes Rocha

Andreza Dayrell Gomes da Costa

Cintia Tereza Pimenta de Araújo

Marcos Luciano Pimenta Pinheiro

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/97-106

CAPÍTULO 9.....107

O PROGRAMA P.A.R.T.Y. E A SENSIBILIZAÇÃO DE JOVENS NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: A EXPERIÊNCIA DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Ana Helena Parra Scarpelini

Yzabela Yara de Souza Lagramante

Karen da Silva Santos

Gabriella Carrijo Souza

Luzia Marcia Romanholi Passos

Daniel Cardoso de Almeida e Araújo

Daniela Borges Bittar

Laura Izilda Saravale Caetano

Rosana Joaquim Fernandes

Cinira Magali Fortuna

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/107-121

CAPÍTULO 10.....	122
TENDÊNCIA DE MORTE POR TRAUMA TORÁCICO EM PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES DE MOTOCICLETA	
Lorrana Xavier do Nascimento	
Fernando Fernandes Rodrigues	
Ranielli Auxiliadora Assem França	
Maria Sílvia Prestes Pedrosa	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/122-128	
CAPÍTULO 11.....	129
ESTUDO REVISIONAL SISTEMÁTICO INTEGRATIVO SOBRE OS CASOS DE ACIDENTES OFÍDICOS NO NORTE E NORDESTE BRASILEIRO	
Paulo Ricardo Batista	
Sara Tavares de Sousa Machado	
Heitor Tavares de Sousa Machado	
Cícero Damon Carvalho de Alencar	
Maria Apoliana Costa dos Santos	
Isabel dos Santos Azevedo	
Joice Gonçalves Firmino	
Larissa da Silva	
Eugenio Barroso de Moura	
Daniel Michael da Silva Ferreira	
Ariana Valeska Macêdo Amorim	
Cícera Norma Fernandes Lima	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/129-142	

CAPÍTULO 12.....	143
ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PRATICANTES DE PILATES E CROSSFIT: UM ESTUDO COMPARATIVO	
Raí da Silva Lopes	
Geiciane Dias Leite	
Raquel Virgínia Matheus Silva Gomes	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/143-148	
CAPÍTULO 13.....	149
ACESSIBILIDADE DOS TESTES RÁPIDOS SOROLÓGICOS PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR JUNTO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NA ZONA LESTE DE MANAUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Lêda Cristina Rodrigues França	
Cássia Rozária da Silva Souza	
Olívia Renata Barbosa Libório	
Waldenora da Silva Nogueira	
Ana Lúcia Braga da Silva	
Gerson Magalhães Campos	
Maria José de Oliveira da Silva	
Milene de Almeida Viana	
Mônica Andréia Lopez Lima	
Naelly Gonçalves do Nascimento	
Tayana Batalha Mendonça	
Thaynara Ramires de Farias Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/149-157	

CAPÍTULO 14.....158

RELEVÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

Juliana Andrade Pereira

Raynara Laurinda Nascimento Nunes

Flávia Mayra dos Santos

Saulo Alves Andrade

Matheus Felipe Pereira Lopes

Warley da Conceição silva

Máyra Do Carmo Araujo

Karime do Carmo

Rayssa Nascimento Vasconcellos

Jannayne Lúcia Câmara Dias

Ely Carlos Pereira de Jesus

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/158-165

CAPÍTULO 15.....166

THEORETICAL-PRACTICAL VISUALIZATION OF THE MICROBIOLOGICAL GLASS LIDES CONSERVATION PROFILE OF THE INSTITUTIONAL COLLECTION OF A PRIVATE UNIVERSITY

Jhully Helen Soares da Silva

Janice Siqueira Costa da Fonseca

Murilo Tavares Amorim

Jardel Fábio Lopes Ferreira

Francisco Canindé Ferreira de Luna

Roberta Dannyele Oliveira Raiol

Walter Félix Franco Neto

Gustavo Moraes Holanda

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/166-177

CAPÍTULO 16.....178

ANÁLISE CLÍNICA E FISIOPATOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS

Lethicia Beatriz Lima de Mesquita

Maxwell Messias de Mesquita

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/178-184

CAPÍTULO 17.....185

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS VIVENDO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Caroline Fernandes Diniz Neiva

Adriana Barbieri Feliciano

Roberto de Queiroz Padilha

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/185-199

CAPÍTULO 18.....200

IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Laureano de Souza

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Ágatha Cappella Dias

Thiago Koch Martins

Bianca Campos Oliveira

Allanna da Costa Moura

Sabrina Laureano Santos

Carla Teles de Carvalho Herdy Baptista

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/200-210

CAPÍTULO 19.....211

HEPATITE CRÔNICA CANINA ASSOCIADA À LEPTOSPIROSE: IMPORTÂNCIA ZONÓTI-  
CA

Andriely de Almeida Pereira

Fabiano Mendes de Cordova

DOI: 10.47094/978-65-88958-24-7/211-219

### DESAFIOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

**Ana Paula Fernandes<sup>1</sup>**

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/4630048930055298>

**Adriana Barbieri Feliciano<sup>2</sup>**

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/9398810638733882>

**RESUMO:** Este estudo tem o objetivo de analisar as transformações da Rede de Urgência e Emergência (RUE) a partir de sua implementação em um Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo e identificar os desafios e conquistas da RUE na região, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a sua instalação. Desse modo, a investigação trata-se de um estudo de caso descritivo e exploratório que se alinha com os pressupostos da pesquisa qualitativa, a fim de identificar alguns elementos da análise da implantação, sendo realizado em duas etapas: análise documental e entrevista semiestruturada. O estudo permitiu identificar que a ação do Ministério da Saúde é reconhecida ora como potencializadora ora como dificultadora para a implantação da RUE. Foram identificadas dificuldades na proposição de um projeto sanitário que ultrapasse as bandeiras político-partidárias e interesses locais, o subfinanciamento, especialmente nos municípios menores, é um desafio para a efetivação da RUE, o que inviabiliza a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) local e regional. Os resultados evidenciaram que, embora os municípios tenham contemplado elementos da RUE, na sua maioria não conseguiram cumprir com o pacto inicial em razão da deficiência financeira e de recursos humanos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Rede de Urgência e Emergência.

### CHALLENGES OF THE URGENCY AND EMERGENCY NETWORK IN THE SUS

**ABSTRACT:** This study was carried out to analyze transformations in the Urgency and Emergency Network (UEN) based on its implementation in a Regional Health Department of São Paulo State hinterland and to identify UEN challenges and achievements within the region, in the light of the



guidelines issued in official documents meant for guiding its establishment. This investigation was composed of a descriptive and exploratory case study that is based on qualitative research concepts to identify elements for analysis of the implantation, and it was performed in two stages: theoretical analysis and semi-structured interview. This study allowed to realize that National Department of Health's activity is acknowledged both as encouraging and troublesome for the implantation of RUE. Obstacles in the proposition of a health project which could overcome party-political relations and local interests. Sub-funds are a challenge for the realization of RUE especially in small municipalities, and it makes the implantation of local and regional Emergency Mobile Support Service (SAMU) difficult. The results showed that, although the counties have covered UEN elements, most of them did not manage to comply with the initial pact due to the lack of financial conditions and human resources.

**KEYWORDS:** Single Health System, Health Care Network, Urgency and Emergency Network.

## INTRODUÇÃO

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) exige a definição da região de saúde, que implica seus limites geográficos e sua população devendo ser observada a pactuação entre o Estado e o Município para o processo de regionalização. Esses espaços territoriais devem ser explicitados por meio dos Planos Diretores de Regionalização, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2006a).

De acordo com as RAS, as ações e os serviços de saúde vêm sendo organizados pela implantação das redes temáticas prioritárias, que inclui Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Doenças Crônicas. Cabe salientarmos que estas redes temáticas foram pactuadas pelos gestores do SUS para serem implementadas nas regiões de saúde com a finalidade de realizar o atendimento que possa suprir as necessidades da população (BRASIL, 2015).

A Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS foi elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), por meio do termo de referência aprovado pela Deliberação nº 7, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 08 de fevereiro de 2012, que expressa, em seu artigo 2º, que a organização de uma Rede de Urgência e Emergência (RUE) se faz com base no diagnóstico de saúde em cada região e na organização do fluxo assistencial percorrido pelo paciente desde a atenção primária até a alta complexidade hospitalar (ARARAQUARA, 2012).

Em 13 de agosto de 2003, em face das contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi instituída a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que seria implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências nas três

esferas de gestão. Esta portaria instituiu que os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, devem ser organizados de forma que permitam garantir universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências, por meio dos seguintes componentes: Componente Pré-hospitalar Fixo, Componente Pré-hospitalar Móvel (SAMU), Componente Hospitalar, Centrais de Regulação Médica das Urgências, Capacitação e Educação continuada das equipes de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

A determinação do Ministério da Saúde (MS) foi iniciar a implantação da PNAU pelo componente pré-hospitalar móvel por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A estratégia adotada preconizava que, a partir das Centrais de Regulação, são analisadas as informações que permitam indicar ações necessárias para diminuir os agravos de saúde de Urgência à população. Com a reformulação da PNAU, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RUE), no Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Dessa forma, a comissão tripartite priorizou a RUE em conjunto com as demais redes temáticas (BRASIL, 2011; SARAIVA, 2017).

Com a reformulação em 2011, a RUE passou a ser constituída pelos seguintes equipamentos: (1) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (2) Atenção Básica em Saúde; (3) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica de urgências; (4) Sala de estabilização; (5) Força Nacional de Saúde do SUS; (6) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e o conjunto de Urgências 24 horas; (7) Atenção Hospitalar e (8) Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011; SARAIVA, 2017). Assim, a ação do Ministério da Saúde, mediante a criação das portarias, se torna pertinente, uma vez que a implantação das RAS é uma forma de organizar os serviços de saúde em rede e proporcionar o atendimento à população em todos os níveis de atenção, priorizando os atendimentos de urgência e emergência para que o usuário possa ser atendido de forma rápida e segura.

Em face das considerações supramencionadas e da vivência de um serviço de urgência e emergência num hospital, um problema de investigação foi se colocando e podemos traduzi-lo nas seguintes questões: Como os gestores de saúde responsáveis pelos serviços de Urgência e Emergência percebem o processo de implementação da Rede de Urgência e Emergência? Há integração de equipamentos de saúde para a implantação da RUE? Dessa forma, objetivamos, neste estudo: analisar as transformações da RUE a partir de sua implementação em um Departamento Regional de Saúde (DRS) do interior do estado de São Paulo e identificar os desafios e conquistas desta rede na região, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a sua instalação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A região deste estudo pertence a um Departamento Regional de Saúde (DRS) no interior do Estado de São Paulo, composto por 24 municípios, com uma população total de 929.515 habitantes. A região, objeto

deste estudo, representa uma das quatro sub-regiões do DRS em questão. Esta sub-região possui seis municípios, onde residem 38% da população do DRS Água Cristalina, totalizando 359.872 habitantes. Em virtude da maior densidade demográfica e taxa de urbanização, foi a região escolhida para analisarmos a Rede de Urgência e Emergência (SARAIVA, 2017; IBGE, 2011).

O Quadro 1, a seguir, traz a descrição dos equipamentos dos cinco municípios da sub-região em estudo, dos quais, apenas um município – considerado referência para os outros quatro – possui SAMU. Um dos gestores não aceitou participar da pesquisa.

Quadro 1. Equipamentos de saúde dos municípios do DRS Água Cristalina\*. Ano 2017

<b>Municípios Participantes da pesquisa</b>	<b>Unidades de Atenção Primária em Saúde (UBS/USF)</b>	<b>Vigilância Sanitária</b>	<b>Pronto Atendimento</b>	<b>Hospitais</b>	<b>SAMU</b>	<b>Central de Regulação</b>
M1	11	01	01	01	Não	Sim
M2	02	01	01	01	Não	Sim
M3	09	01	01 (no hospital)	01	Não	Sim
M4	05	01	01 (no hospital)	01	Não	Sim
M5	30	01	02	02	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pelos Autores.

\* Nome fictício

O estudo foi realizado em duas etapas: Etapa 1 - análise documental; e Etapa 2 - entrevista semiestruturada com os gestores municipais de saúde.

Na Etapa 1, analisamos Relatórios Anuais de Gestão, Planos Municipais e Programas e Metas dos anos de 2011 a 2017, após busca na plataforma SARGSUS, que é uma ferramenta da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2011).

Como referencial para análise dos documentos da região em estudo utilizou-se a Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, que instituiu a Rede de Urgência e Emergência e outros artigos que pudessem contribuir com esta pesquisa. Nesse contexto, organizamos os documentos por municípios e ano e, com base na leitura, analisamos os relatórios de gestão e as propostas de plano municipal sobre a RUE no período de junho a setembro de 2016.

Para a entrevista semiestruturada com os gestores municipais de saúde, concernente à Etapa 2, os sujeitos escolhidos foram identificados por meio da técnica “Bola de Neve” (Snowball) que

consiste em uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referências, ou seja, tomando-se por base uma amostragem não é possível determinar a probabilidade da seleção de cada participante da pesquisa. Torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO,2014). Nesse sentido, a técnica Bola de Neve ocorreu com nove participantes e, dessa forma, realizamos as entrevistas entre os meses de novembro de 2016 e janeiro de 2017.

Para a entrevista, elaboramos um roteiro contendo três questões que respondessem aos objetivos deste estudo e outras que, ao longo do discurso, foram pertinentes para o maior esclarecimento desta pesquisa. As questões propostas para o início das entrevistas com os participantes foram: (1) “Conte-me o que você sabe sobre a implementação da RUE na região das Águas Cristalinas e no seu município?”; (2) “Que elementos ou fatores você considerou importantes na constituição da RUE?”; (3) “Como está funcionando a RUE hoje? Quais as potencialidades e fragilidades?”.

Para a análise das entrevistas, adotamos a análise de conteúdo. Ressaltamos que existem várias maneiras de analisar os conteúdos de materiais pesquisados. Neste estudo, para a análise de conteúdo, pautamo-nos nas seguintes fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados (MINAYO,2013).

Seguidos os preceitos éticos, esclarecemos que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, obtendo aprovação por meio do Parecer nº 981.312, em 14 de abril de 2015.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Na Etapa 1, verificamos que os documentos analisados, de modo geral, apresentaram várias propostas desde 2011 para implementação da RUE na região do estudo. Entre as propostas mais relevantes, destacam-se: a implantação do SAMU nos municípios de pequeno porte; o acolhimento com classificação de risco; a adequação e expansão das Unidades de Pronto Atendimento; a articulação da Central de Regulação com as demais redes; entre outras.

No entanto, percebemos que as propostas analisadas nos documentos referentes aos anos de 2011 a 2017 não foram executadas, uma vez que uma das metas para a região em estudo, sobretudo nos municípios de menor porte, era implantar o SAMU local, em 2011, não sendo também complementadas nos anos subsequentes. O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.600, da Rede de Urgência e Emergência, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado, regionalizar o atendimento às urgências nos diversos pontos das redes de atenção e ampliar o acolhimento, contemplando a classificação de risco.

Em meio às necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde encontram-se: a otimização da estrutura física, a falta de recursos de materiais e de recursos humanos especializados, em especial por causa da baixa remuneração aliada às deficiências peculiares do interior do país (LIMA, 2000). Uma das dificuldades apontadas

para consolidar a RUE, notadamente no que se refere à implantação do SAMU, foram os recursos financeiros e humanos, especialmente nos municípios de menor porte, considerando que não existe uma demanda grande de pacientes que necessitam do SAMU. Esses municípios preferem utilizar uma ambulância do próprio município, sendo este recurso o disponível e mais viável para suas realidades.

Em relação à Etapa 2, dos relatos dos nove participantes da pesquisa, a leitura do material possibilitou-nos identificar algumas categorias que foram definidas pelos temas descritos no Quadro

Quadro 2. Descrição dos temas e categorias conforme análise de conteúdo das entrevistas dos nove participantes da região do estudo. Região Águas Cristalinas, Ano 2017.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
A história da RUE na região estudada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O Mapa da Saúde e Diagnóstico Situacional na implantação da RUE..</li> <li>2. Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da RUE na região estudada.</li> <li>3. Projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios.</li> </ol>
Relação entre Ministério da Saúde, DRS e municípios na construção da RUE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desafios da Regionalização.</li> <li>2. O subfinanciamento como limitante para a implementação da RUE.</li> </ol>
Dispositivos que auxiliam na implementação da Rede de Urgência e Emergência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ferramentas de gestão do cuidado: Kanban, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Acolhimento com Classificação de Risco.</li> <li>2. CROSS – Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado.</li> </ol>
A cogestão como um dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE.</li> </ol>

Fonte: Elaborado pelos Autores.

Quanto à subcategoria “O Mapa da Saúde e Diagnóstico Situacional na implantação da RUE”, o gestor municipal menciona a sua participação na construção do Mapa da Saúde:

*[...] eu, participei do Mapa da Saúde, quando foi feito o mapa da saúde do estado de São Paulo, foi dividido em redes, rede da oncologia, rede crônica e foi feita a rede de urgência e emergência que era a RUE, e eu era do comitê da RUE de implantação, na verdade essa demanda foi levada para os gestores (S2M3).*

O processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo teve início em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, entre elas a RRAS das Cachoeiras,

onde se encontra o DRS Água Cristalina, que exerce papel fundamental no reconhecimento das necessidades de cada região.

Nesse contexto, a fala da gestora do DRS alerta para a necessidade de identificar as necessidades da região, a fim de implantar a RUE na região deste estudo:

*[...] a gente traz todo o pessoal pra que a portaria determina e quais as necessidades da nossa região. E foi assim que a gente conseguiu desenhar, identificando os principais pontos que, conforme a portaria determina, identificando o que aquele serviço tem de potencialidades ou não tem o que precisa contemplar e aí a gente fez esse diagnóstico e foi só contando aquilo que a portaria determinava lá e que tinha recurso financeiro para poder estar custeando (S1M6).*

O desenho da RUE na região em estudo ocorreu a partir das discussões com os grupos condutores municipais e por meio de pactuações nos colegiados de grupos regionais; dessa forma, foi elaborado o diagnóstico situacional por DRS, respeitando as especificidades de cada um. Para a construção desse plano no DRS Água Cristalina, foram realizadas três oficinas com a participação de técnicos dos grupos condutores municipal e regional. Essa construção foi acompanhada pelo colegiado grupo regional com a participação de trabalhadores, gestores da saúde e usuários do SUS, sendo consideradas como parâmetro referencial as portarias ministeriais. Dessa forma, para análise do diagnóstico situacional dos municípios e das regiões, foi considerada a condição de vida e saúde, os indicadores de morbidade e mortalidade, a situação e capacidade instalada dos componentes da RUE, entre outros fatores (ARARAQUARA, 2012).

O diagnóstico situacional foi realizado com o objetivo de reconhecer as necessidades da região de saúde, portanto, a participação dos atores envolvidos na construção do Mapa da Saúde permitiu analisar e identificar a região para implantar a Rede de Urgência e Emergência.

Em relação à subcategoria “Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência na região estudada”, destacamos o comentário de um membro do grupo condutor do município de referência:

*“Do que começou em 2010, a RUE, e pra o que estamos hoje, caminhou não da forma que esperávamos, mas caminhou muito [...]” (S1M5).*

Para alguns gestores da região selecionada neste estudo, a Rede de Urgência e Emergência “ora funciona”, “ora está parada”, como podemos notar em suas falas:

*“Nós não temos rede de urgência e emergência efetivamente no município [...]; está parada [...]; não tem, absolutamente parado em [...] nessa questão de urgência e emergência [...]” (S1M1).*

Buscando as falas dos gestores citados anteriormente e referindo alguns componentes da RUE exigidos pela portaria para o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência, notamos que ainda existem vários entraves para consolidar o funcionamento da rede RUE.

No tocante à categoria “Os projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios”, uma

das falas de uma gestora de um município pequeno da região do estudo assinala mudanças na gestão:

*“[...] 2012 houve a troca de prefeito, [...] em 2013 [...] então houve uma nova eleição [...]; e 2014, chegou um novo prefeito [...]; Isso, foram diversas mudanças de gestão, por isso que não conseguiu concretizar [...]” (S1M1).*

A dificuldade de consolidar os projetos sanitários na região estudada ultrapassa as bandeiras político-partidárias locais; dessa forma, a proposta de implantar a Rede de Urgência e Emergência fica prejudicada pela descontinuidade desses projetos. Portanto, o que é instituído pela Portaria nº 1.600/2011 da RUE não é concretizado, sobretudo nos municípios de pequeno porte, em razão de várias dificuldades, sendo uma delas o investimento para implantar o SAMU.

Alguns estudos mostram os problemas de consolidar um governo regional em virtude de uma insuficiência no financiamento e fragilidades políticas de gestão do trabalho. Assim, a definição das regiões de saúde pelo Decreto nº 7.508/2011 favoreceu a composição das comissões intergestores regionais que têm o papel de articular com os gestores municipais. Essas comissões são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão, no espaço regional, para negociação e de decisão entre os municípios e o estado (SANTOS, 2012).

Em relação à subcategoria “Desafios da Regionalização”, um membro do grupo condutor do município de referência, explica o porquê da dificuldade de regionalizar o SAMU:

*“[...] a nossa região não é regionalizada com o SAMU, só o município [...] tem o SAMU e os outros municípios não têm [...]; primeiro, nós tínhamos que fazer a regionalização do SAMU e isso não ocorreu até hoje [...]; porque que a região não aceitou o SAMU [...] porque toda a cidade de menor complexidade [...] ela atende o que o vereador pede, o prefeito pede e ela faz o transporte social [...] o SAMU não vai ficar transportando ninguém que não esteja na urgência e emergência (S1M5).*

O planejamento regional da saúde é essencial para a organização das ações e serviços na região de saúde. A forma organizativa do SUS, em sua complexidade, traz para os entes federativos municipais a necessidade de não apenas desenhar as suas ações e serviços de saúde, mas também olhar para a sua região de saúde, conhecer os seus serviços, a população usuária, as realidades locais e regionais de saúde; dotado desse conhecimento amplo, que ultrapassa a sua visão local municipal, deve-se planejar a saúde local tendo em vista a região de saúde. Assim, o município de grande porte haverá de considerar as necessidades de saúde dos entes de menor porte, as quais serão realizadas no sistema de referência de serviços na região, resultante da integração constitucional das ações e serviços federativos. Um município de menor porte deverá considerar os recursos regionais para referenciar seus usuários e, assim, garantir o atendimento integral, de forma compartilhada, cooperativa e solidária (SANTOS, 2017).

Na subcategoria “O subfinanciamento como limitante para a implementação da RUE”, o SAMU foi instituído em 2003, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que propôs a adequação do sistema de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Conforme a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, em seu artigo 2º,

a PNAU deve ser composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, sendo organizada de forma que permita consolidar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências:

Sobre esta questão, transcrevemos a fala de uma gestora municipal de um município pequeno:

*“Em 2012, começou-se os estudos para efetivar um consórcio de SAMU regional, então esse SAMU ainda não prosperou [...] o custo benefício é muito grande, fica alto esse custo benefício, considerando que a gente não tem demanda, nossa demanda é muito pequena [...] então ficou assim, com medo e nós com a responsabilidade, porque vai ficar em torno de 40.000 reais por mês [...] (S1M1).*

A estratégia para o SAMU previu um arranjo para o financiamento e a gestão. Incentivos federais foram adotados para investimento e custeio com propostas de cofinanciamento pelas outras esferas de governos. A responsabilidade pela gestão das centrais pode ser de municípios ou estados e sua abrangência pode ser regional ou municipal (O'DOWYER, 2011).

A gestora municipal de um município de pequeno porte expressa a dificuldade em implantar o SAMU no município:

*“[...] como o município é pequeno não teria vantagem em ter o SAMU [...]; porque para implantar o SAMU, pelo que a gente viu nas reuniões, [...] acho que teria um gasto muito grande pra pouca emergência” (S1M2).*

A preocupação em implantar o SAMU regional gera certo desconforto para os gestores dos municípios de pequeno porte, porque a arrecadação do município é inviável para manter esse tipo de serviço. Desse modo, o atendimento de urgência e emergência nesses municípios é realizado no pronto-atendimento, onde são prestados os primeiros cuidados e, posteriormente, os pacientes são transferidos com ambulância do próprio município acompanhado por um médico e/ou profissional de enfermagem conforme a gravidade do paciente após a liberação da vaga pela Central de Regulação para o município de referência.

Em relação ao Tema “Dispositivos que auxiliam na implementação da RUE”, a categoria “Ferramentas de gestão do cuidado”, estão sendo implantadas no município de referência da região deste estudo conforme a exigência do Ministério da Saúde. A Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, instituiu o Programa SOS Emergência (BRASIL, 2012), que dispõe de uma ação estratégica para a implementação do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, com o intuito de qualificar a gestão de atendimento aos usuários. Deste modo, esta portaria está sendo implantada em hospitais de referência para a região, considerando que há um município de referência para as “Portas de Entrada Hospitalares”.

Nessa perspectiva, destacamos a fala do membro do grupo condutor do município de referência:

*“O Ministério exige também preencher o Kanban que é uma nova tecnologia da RUE que vai classificar o paciente no período de internação. Ele tem um período classificado por cores e quando ele chega no vermelho, é que ele ultrapassou o período de internação segundo o quadro de diagnóstico [...] com isso fizemos uma rotatividade das UTIs, embora a gente tem*



*a taxa de ocupação alta, a gente está tendo rotatividade e a gente consegue com isso fazer a eficácia do trabalho [...] (S1M5).*

A ferramenta Kanban tem origem no Japão e está sendo aplicada no Brasil nas unidades de porta de entrada hospitalar nas instituições que fazem parte do programa SOS Emergência para gerenciar o Tempo Médio de Permanência (TMP) do paciente nas unidades hospitalares. Ocorre, contudo, que o Kanban, embora seja uma das poucas ferramentas conhecidas para gestão do TMP hospitalar, essa ferramenta avalia o TMP por intermédio de um cartaz/painel contendo a classificação por cores (HEISLER, 2012; MASSARO, 2017). Conforme a classificação das cores desses pacientes, a equipe multiprofissional deverá analisar os fatos e propor soluções o mais rápido possível. Deste modo, essa ferramenta proporciona um monitoramento da ocupação e permanência dos leitos hospitalares, como também a rotatividade dos leitos após a resolubilidade dos casos.

Nessa perspectiva, destacamos as falas dos participantes do município de referência:

*“[...] hoje, o Ministério está acompanhando nossas reuniões e eles exigem a implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) que são programas relacionados à rede de urgência e emergência” (S1M5).*

A organização dos leitos nesse município está sendo realizada por meio do gerenciamento dos leitos, utilizando-se a prática da ferramenta NIR no processo de internação e alta dos pacientes, juntamente com as outras ferramentas citadas anteriormente.

Além das ferramentas, ainda existe um esforço por parte dos gestores em implementar o Acolhimento com Classificação de Risco nos municípios de menor porte da região das Águas Cristalinas, porém, atualmente este protocolo está sendo utilizado em um dos municípios, uma vez que este é considerado referência como “Porta de Entrada Hospitalar”, conforme exigência do Ministério da Saúde.

Segue a fala de uma gestora do DRS de Água Cristalina:

*“[...] a portaria do Ministério determinava algumas exigências [...] acolhimento com classificação de risco [...] foi implantado em abril do ano passado, não tinha, mas era até as 4 horas da tarde, não era sistematizado, aí depois eles implantaram em abril do ano passado 24 horas, de risco” (S1M6).*

Nos documentos analisados, identificamos a proposta de implementar o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, porém, isso ainda não ocorreu nos municípios de porte menor da região deste estudo, por falta de recursos humanos e financeiros.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, o acolhimento veio com o desígnio de aprimorar os processos de trabalho em saúde, ultrapassando obstáculos, enfrentando novos desafios e ampliando os espaços de trocas de experiências, saberes e práticas entre usuário, profissional e gestão nos serviços públicos de saúde. Isto expressa intensamente que acolher é necessário, tornando-se “porta de entrada”, no sentido de dar acesso para outros serviços da rede de saúde. Assim, a classificação de risco tem sua importância justificando que essa tecnologia propiciaria a garantia do atendimento

imediatamente do usuário que chega às unidades de atendimentos com grau de risco elevado, porém admite-se também que essa tecnologia em si não garante uma melhoria na qualidade da assistência à saúde (SILVA, 2017).

Quanto à categoria “CROSS - Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado”, a Central de Regulação de Serviços de Saúde, conforme o Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010 (SÃO PAULO, 2010), tem por finalidade a regulação da oferta assistencial para os cidadãos, visando, assim, promover a equidade do acesso ao usuário e garantir a integralidade. A CROSS é um serviço do Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo que possui em sua área de abrangência as centrais de regulação que, por sua vez, poderão ser de abrangência municipal ou regional.

O depoimento de um participante do município de referência revela o seu entendimento sobre o CROSS:

*“[...] a gente tem primordial é a CROSS [...]; toda urgência e emergência está regulada por um sistema do governo de estado, isso é o CROSS” (S1M5).*

A central de regulação exerce papel fundamental na prestação de serviços ao usuário, e quando interligada aos demais serviços, ordena os fluxos de atendimento e direciona o usuário nos diversos pontos de atenção para atender suas necessidades. Desse modo, a central de regulação é um serviço relevante para a organização da Rede de Urgência e Emergência.

Os processos regulatórios propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos, os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências e qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (BARBOSA, 2016).

No quarto tema identificado, “A cogestão como um dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE” conforme Quadro 1, está a subcategoria “Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE”. O Fórum de regulação da região deste estudo é um espaço que reúne os prestadores de serviços e os gestores de toda a região para discutir a regulação e o acesso dos pacientes, geralmente ocorre no município de referência que já possui o grupo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e no DRS.

A esse respeito, destacamos a fala de uma gestora do DRS:

*“[...] temos o fórum da regulação que é mensal, que não é só a região deste estudo, mas é o DRS junto que também discute urgência, então isso é um ganho com a implantação da rede [...]” (S1M6).*

O Fórum de regulação é apresentado nas falas somente dos participantes do município de referência e da gestora do DRS, portanto, esses espaços para discutir a regulação do paciente estão sendo fortalecidos com as demandas apresentadas pelos gestores de todos os municípios da região

selecionada, tornando-se, deste modo, um recurso que promove maior clareza e acessibilidade na aceitação dos casos regulados para o município de referência.

O fórum é um espaço de discussão, sobre os processos de trabalhos, no qual os trabalhadores de saúde e gestores são protagonistas, problematizando suas práticas concretas e criando estratégias coletivas para a superação dos desafios do cotidiano (GUEDES, 2009). Dessa forma, esses espaços fortalecem a comunicação entre os sujeitos em face da problemática a ser discutida e promovem a solução dos problemas.

## CONCLUSÃO

A construção da Rede de Urgência e Emergência pelos gestores aconteceu por recomendação do Ministério da Saúde, por meio da deliberação CIB, em 2012. Desse modo, a RUE foi construída com base na necessidade de cada Região de Saúde, que pudesse atender às propostas da Portaria nº 1.600, reformulada em 2011.

Em face da proposta do Ministério da Saúde, a RUE na região estudada vem sendo fortalecida no município de referência por ser considerada porta de entrada para as emergências do município e região. Ferramentas de gestão como Kanban, NAQH, NIR e acolhimento com classificação de risco são considerados como elementos facilitadores e têm sido implantados em um dos municípios da região deste estudo, na forma de qualificar e organizar o fluxo de atendimento e, desse modo, garantir a rotatividade dos leitos, sobretudo os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por apresentarem alta taxa de ocupação. Nos municípios pequenos, por sua vez, existe a dificuldade de se implantar essas ferramentas, em razão da falta de recursos humanos e financeiros.

Na análise dos documentos identificamos propostas sobre a implementação da Rede de Urgência e Emergência, sendo o acolhimento com classificação de risco e a implantação do SAMU. Ao analisarmos as propostas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência, várias foram as diversidades apontadas pelos gestores, o que caracteriza que existem ambiguidades em relação ao funcionamento da RUE nessa região. Assim, os resultados desta pesquisa evidenciam que a ação indutora do Ministério da Saúde, por vezes é reconhecida como potencializadora e, por outras como dificultadora da implantação.

No campo dos desafios, os municípios menores da região deste estudo apontaram as dificuldades do subfinanciamento para implantar o SAMU local. Dessa maneira, a regionalização do SAMU encontra-se distante de atingir os projetos recomendados pela portaria do Ministério da Saúde.

Sobre os elementos que movem a RUE, destacamos a importância de encontros sistemáticos entre os representantes dos seus equipamentos constituintes e entre os municípios da regional, a criação de um fórum regional semanal para avaliação dos fluxos e encaminhamentos, assim como o desenvolvimento de mecanismos de comunicação que ajudem a resolver, em tempo real, as demandas

e a regulação pelo sistema CROSS.

Desse modo, este estudo possibilitou-nos analisar a implementação da Rede de Urgência e Emergência na região selecionada e permitiu compreender que uma rede acontece quando todos os equipamentos de saúde estão articulados entre si, “isso é uma rede”. Entretanto, a Rede de Urgência e Emergência nessa região demonstra alguns entraves em face do proposto pelo Ministério da Saúde e que, na atual prática, não acontece em todos os municípios. Implantar a Rede de Urgência e Emergência nessa região requer investimentos financeiros em toda área, porém, percebemos que os investimentos estão acontecendo em um dos municípios da região deste estudo, e que um projeto sanitário em prol do fortalecimento do SUS e cuidado das pessoas seja perseguido em detrimento dos projetos político-partidários locais.

Consideramos, que o presente estudo permitiu identificar as potencialidades e os desafios dos gestores para implementar a Rede de Urgência e Emergência na região selecionada. Alertamos, contudo, para a necessidade de se recompor o grupo condutor para retomar as discussões sobre a Rede de Urgência e Emergência e salientamos que investimentos financeiros são necessários para que os gestores de saúde possam dar continuidade aos projetos propostos e instituídos pela portaria do Ministério da Saúde.

Nesta direção, outras pesquisas podem ser realizadas, no sentido da investigação dos desafios nos contextos da micropolítica em que se realiza o cuidado aos usuários que demandam esta rede, a fim de aprofundarmos a compreensão de seus desafios para a efetiva implantação.

## **DECLARAÇÃO DE INTERESSES**

Nós, autoras deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses.

## **REFERÊNCIAS**

ARARAQUARA. Departamento Regional de Saúde III. Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência. Araraquara, SP; 2012.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saude Colet* 2016; 24(1):49-54.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS; 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS; 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Política Nacional de Atenção às Urgências**,

a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. *Diário Oficial da União*, 2003.

[acessado 2017 Set. 25]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª Ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, 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 (SUS)** [Internet]. *Diário Oficial da União*, 2011. [acessado 2017 Set. 25]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RU)** [Internet]. *Diário Oficial da União*, 2012. [acessado 2017 Jan. 5].

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663\\_06\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html) DE LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde.

**Cad Saúde Pública** 2000; 16(4):985-996. GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis** 2009; 19(4):1087-1109.

HEISLER, P. A. **Aplicação da metodologia KAN BAN como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência**. [Projeto Especialização] [Internet]. Porto Alegre: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde,

Fundação Oswaldo Cruz; 2012. [acessado 2017 Mar. 7]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6505/1/TCC%20Paulo%5B1%5D.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico** [Internet]. Brasília; 2011. [acessado 2016 Set. 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

MASSARO, I. A. C.; MASSARO, A. O uso do Kanban na gestão do cuidado: Superando Limites. **Rev Adm em Saúde** [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2017

Mar. 7]; 66(17). Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/287.14>.

MINAYO, M. C. S. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (organizadores). **Pesquisa social: teoria,**

Método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 79-108. O'DWYER, G.; MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(3):519-528.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública** 2014; 48(4):622-631.

SANTOS, I. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo sistêmico do SUS. **Cien Saude Colet** 2017; 22(4):1281-1289.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS e dá providências correlatas [Internet]. São Paulo; 2010. [acessado 2017 Fev. 3].

Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20100803&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>

SARAIVA, L. F. F. **O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de São Paulo** [tese].

São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo; 2017.

SILVA, L. M. N. *Desafios do acolhimento com classificação da rede de atenção à saúde em unidade de pronto atendimento em Fortaleza - CE* [dissertação]. Fortaleza: Centro de Humanidade, Universidade Estadual de Ceará; 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate aberto. **Temáticas** 2014; 22(44):203-220.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

- abatedouros 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63
- acadêmicos de Enfermagem 15
- acesso à rede de saúde 152
- acidentes de trânsito 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 126
- acidentes ofídicos 6, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 144
- ácido fosfórico 99, 100, 101, 104, 105, 106
- ações de saúde 22, 40, 156, 157
- Adesão à Medicação 187
- Adesividade 99
- Adesivos Dentinários 99
- Aferição de pressão 152
- alimentação saudável 26, 30, 31, 32, 34
- alongamento da musculatura 88
- alongamento segmentar 88, 90, 91, 92, 95
- alterações fisiologias e/ou patológicas 15
- alterações musculares 88, 90
- alterações posturais 88, 89, 96
- articulações 61, 88, 93, 94, 95
- assistência à saúde 46, 71, 73, 82
- Ataque Ácido Dentário 99
- Atenção Primária à Saúde 22, 23, 26, 187
- atividades repetitivas 53
- autocuidado 16, 17, 19, 24, 26

## B

- baixas ou altas temperaturas 53
- barreiras/dificuldades no atendimento 72, 74, 83

## C

- cardiomegalia 180, 183
- cenário clínico-epidemiológico 132, 134

Centro de Saúde da Família (CSF) 15, 18  
centros cirúrgicos 161, 166  
cirurgia segura 161, 163, 164, 166, 167  
comunicação 19, 47, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 118, 164, 165  
Consultas médicas 152  
crianças 30, 31, 32, 33, 34, 35, 152, 154, 156  
Crossfit 145, 146, 149  
crossfit e qualidade de vida 145, 147  
cuidado à saúde 161, 162, 197, 198, 199  
cuidados humanizados 152, 157  
cura 22, 132, 142, 188

## **D**

deficiência auditiva 72, 73, 74, 75, 78, 79, 84, 85, 86  
dentes restaurados 99  
dentina 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106  
dentina de resina 98, 100  
Departamento Regional de Saúde 36, 38, 48  
derrame pericárdico 180, 185  
desenvolvimento do indivíduo 30, 31  
desenvolvimentos de saberes 110  
diabetes 31, 78, 86, 187, 188, 189, 190, 200, 201  
Diabetes Mellitus Tipo 2 187  
Distribuição de preservativos 152  
doença aguda 180  
Doença de Chagas (DC) 180  
doenças ocupacionais 53, 62  
doenças tropicais negligenciadas 132, 133, 181

## **E**

educação em saúde 6, 15, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 34, 35, 113, 118, 119, 120, 158, 159, 198  
educação-serviço-comunidade 22, 24  
empoderamento dos idosos 16  
Enfermagem 16, 18, 20, 21, 22, 71, 72, 75, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 109, 110, 122, 123, 157, 158, 159, 166, 167, 186  
envelhecimento 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 73, 105



estresse 16, 53, 62

exercícios de alongamento 88, 96

experiência 15, 17, 18, 22, 24, 25, 27, 31, 34, 35, 49, 69, 72, 81, 85, 110, 113, 114, 155, 156

experiência vivenciada 22, 24, 25

## **F**

falta de conhecimento 72, 81, 82, 83, 198

Fatores de risco 54

fibras colágenas 98, 100

flexibilidade 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 147, 148, 149, 150

função muscular 88, 90, 95

## **G**

grupo de hipertensos 22, 24

grupo de idosos 15, 18

## **H**

hábitos saudáveis 30, 31

Hepatites virais 152, 154, 155

higiene das mãos e dos alimentos 30, 32

higiene pessoal 30, 31, 59

higienização das mãos 30, 32

hipoglicemiantes 187, 189, 190, 192, 193, 197, 198, 199, 200

## **I**

Imunização 152

inalação de gases 53

infância 30, 31, 33

informações 6, 18, 19, 26, 38, 55, 90, 115, 117, 118, 119, 137, 155, 161, 166, 190, 193, 196, 199

insuficiência cardíaca congestiva 180

Interdisciplinaridade 153

## **K**

Kits de higiene bucal 152, 155

## **L**

Linguagem Brasileira de Sinais 72, 73

## **M**

marcação de exames 152, 156

materiais cirúrgicos 161  
métodos de RPG 88  
Ministério da Saúde 20, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 75, 122, 127, 128, 154, 158, 166, 185, 200  
miocardite difusa 180  
motocicleta 124, 126, 127, 128, 129  
músculo 88, 89, 95

## O

oficina educativa 15, 18, 19  
oficinas educativas para idosos 16  
Ofidismo 132

## P

paciente surdo 72, 73, 74, 75, 79, 82, 83, 84  
parasitismo 31, 180, 185  
patogênese 180, 181, 182  
pericardite 180  
perspectiva clínico-epidemiológica 132  
picada de cobra 132, 133, 134  
Pilates 90, 96, 145, 146, 149, 150  
pilates e qualidade de vida 145, 147  
Populações vulneráveis 153  
prática da lavagem das mãos 30, 32  
práticas de higiene 53  
práticas promotoras da saúde 16  
Prevenção de Acidentes 110  
processo de envelhecimento 16  
processo de territorialização 22, 24, 25, 27  
processo ensino-aprendizado 22, 24  
processo saúde-doença 22, 23  
profissionais de saúde 34, 72, 73, 74, 75, 79, 82, 83, 84, 110, 114, 116, 117, 132, 164, 189, 199  
Programa P.A.R.T.Y (Prevenção do Trauma Relacionado ao Álcool na Juventude) 110  
projeto sanitário 36, 48  
promoção da saúde 17, 22, 24, 25, 27, 35, 154, 159  
protozoário Trypanosoma cruzi 180

## Q

qualidade de vida (QV) 145, 146

## R

reabilitação 22, 73, 154

recursos humanos 36, 40, 45, 47, 120

rede de colágenoúmida 98, 99

Rede de Urgência e Emergência (RUE) 36, 37

redução das ameaças para a saúde 53

reeducação postural 88, 89, 97

Regiões Brasileiras 132

remoção de poluentes 53

riscos de acidentes 53

riscos ocupacionais 53, 54, 55, 63, 64, 69

rotação de atividades 53

## S

Saúde do Idoso 16

saúde dos trabalhadores 53

saúde física 145

Segurança do Paciente 161, 162, 165, 166, 167

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 36, 38

serviço odontológico 152

Sífilis 152, 154, 155, 157, 159

Sistema Único de Saúde 22, 24, 27, 36, 38, 39, 46, 49, 82, 85, 119, 126, 153, 155, 157, 158

sociedade moderna 145, 146

sorologias 152, 154, 155

substrato dentinário 98, 100, 105

surdez 71, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

## T

tamponamento cardíaco 126, 127, 180

taxas de mortalidade 132

Técnicas de Exercício e de Movimento 146

território vivo e dinâmico 22, 24

Testagem Rápida 152, 155

Teste de glicemia 152

tórax 124, 127

trabalhadores 42, 47, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 140, 164

trânsito 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 129

Transmissão Oral 180

Trauma Torácico 124, 125, 126

treinamentos 161, 166

## V

vítimas de acidentes 116, 124, 139, 144

## Z


zoonoses 53, 54, 56, 58, 63

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 