

LEANDRO RUA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA
DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO
METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA
2023

LEANDRO RUA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE
CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA,
ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas Públicas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Thiago Dias Sarti

VITÓRIA

2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R484a Ribeiro, Leandro Rua, 1982-
AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E
REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO
AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO
METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO /
Leandro Rua Ribeiro. - 2023.
97 f. : il.

Orientador: Thiago Dias Sarti.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. infarto. 2. políticas publicas de saúde. I. Sarti, Thiago
Dias. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

LEANDRO RUA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE
CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA,
ESPÍRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Espírito
Santo – UFES, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti – Orientador

Prof Dr^a. Valéria Valim Christo – Examinador / Interno

Prof Dr^a. Erika Maria Sampaio Rocha– Examinador / Externo

A Maria, mãe de Deus e minha mãe, a quem me dou todo: "Tuus totus ego sum, et omnia mea, tua sunt". DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho foi fruto de um chamado de Deus para mais um passo na missão a mim confiada. Todos os meus dons são dados por Ele, e a Ele quero devolver em gratidão e louvor como a causa primeira.

Às causas segundas, que a Divina Providência colocou nesse tempo, meus sinceros agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Thiago Dias Sarti que aceitou orientar e sempre foi gentil, paciente com meus processos de esgotamento na pandemia. Suas orientações foram cirúrgicas e objetivas, e soube sempre me deixar livre, apostou no tema que eu gostaria de fazer, sem perder a firmeza de me puxar quando me perdi.

Aos atores da Rede de Infarto que se dispuseram a ofertar o tempo precioso para gerar as entrevistas, a grande riqueza desse trabalho.

Às amigas Amanda Tito e Tatiana Guzzo, por ofertarem gentilmente o tempo, me auxiliando na correção do texto e formatação.

Aos irmãos da Comunidade Católica Shalom, por ser o suporte espiritual, acreditando no chamado de Deus para esse trabalho.

Aos meus pais Élio e Sandra, aos irmãos e cunhadas, pela oração, apoio e carinho nesse tempo.

À minha sogra, Fátima, e cunhado Gilmar, por colaborarem na harmonia da casa e propiciarem um bom ambiente de trabalho.

Aos meus filhos Mateus, Beatriz e Clara, que entenderam as ausências do pai em vista de um bem pessoal e social.

À minha esposa Cynthia, que acredita na minha vocação mais que eu mesmo e tanto me amou, ajudando a priorizar e a ordenar o tempo.

“Sem dúvida, esta é a verdade incontestável e que não pode ser esquecida: o verdadeiro progresso é interior. O exterior é consequência.”

(Moisés Louro de Azevedo Filho)

RESUMO

No ano de 2018, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) publicou o documento “Diretrizes Clínicas: Abordagem aos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas”. O documento orienta os fluxos assistenciais e os componentes do cuidado clínico para a Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Vitória, buscando assim reverter a lógica fragmentada do Sistema Único de Saúde e promover acesso com qualidade ao usuário com essa importante morbidade. Após esta publicação, tal política entrou em fase de implantação, envolvendo serviços de naturezas diversas que integram a Rede de Atenção à Saúde. O atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) depende de articulação em tempo específico, assim como acesso a recursos que variam em complexidade e que envolvem interpretação técnica, transporte e comunicação entre os entes envolvidos. Esses atores foram definidos pela diretriz e hierarquizados conforme sua complexidade de recursos e atuação nos pontos da rede, assim como regionalizados com grades de referências baseadas em localização geográfica e presença de recursos humanos, estruturais e tecnológicos que atendam a essa necessidade. Se faz necessário, no ciclo da Política Pública, a avaliação da implantação dessa articulação, uma vez que o acesso e qualidade na Rede de Urgência do IAM da Região Metropolitana de Vitória advém desse complexo exercício dos serviços e da gestão no dia a dia. Tendo em vista a escassez de literatura sobre organização de redes de atenção no Brasil voltadas ao atendimento a pessoas com IAM, neste trabalho objetiva-se avaliar os princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização desta rede na Região Metropolitana de Vitória. Para isso foi realizado um estudo de Pesquisa Avaliativa de natureza qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 integrantes dos diversos serviços envolvidos nessa Rede e que participaram das discussões para seus fluxos operacionais (Coordenação da Câmara Técnica da SESA, SAMU, UPAs e Hospitais de Referência). A análise qualitativa dos dados ocorreu pela Análise Temática de Conteúdo de natureza reflexiva. Observa-se que existem fragilidades tanto no processo de governança, treinamentos, monitoramento e coordenação por parte da gestão, quanto de conectividade e integração por parte dos constituintes da estrutura operacional no contexto em que os fluxos acontecem no dia a dia. Tais fragilidades

têm impactado os resultados dessa linha de cuidado e precisam ser avaliadas no processo de implantação da rede do infarto agudo do miocárdio.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Regionalização da Saúde. Infarto do Miocárdio. Sistemas Nacionais de Saúde. Redes de Atenção à saúde.

ABSTRACT

In 2018, the Secretary of State for Health (SESA) in Espírito Santo published the document "Clinical Guidelines: Approach to Patients with Acute Coronary Syndromes". The document guides the care flows and clinical care components for the Line of Priority Care for Acute Myocardial Infarction of the Urgency and Emergency Network of the Metropolitan Region of Vitória, thus seeking to reverse the fragmented logic of the Unified Health System and promote access with quality to the user with this important morbidity. After this publication, this policy entered the implementation phase, involving services of different natures that are part of the Health Care Network. Acute Myocardial Infarction (AMI) care depends on coordination at a specific time, as well as access to resources that vary in complexity and involve technical interpretation, transport and communication between the entities involved. These actors were defined by the guideline and hierarchized according to their complexity of resources and performance at the network points, as well as regionalized with grids of references based on geographic location and presence of human, structural and technological resources that meet this need. It is necessary, in the cycle of Public Policy, to evaluate the implementation of this articulation since access and quality in the Emergency Network of the IAM in the Metropolitan Region of Vitória comes from this complex exercise of services and day-to-day management. Considering the scarcity of literature on the organization of care networks in Brazil aimed at assisting people with AMI, this work aims to evaluate the organizational principles of Regionalization and Hierarchization of this network in the Metropolitan Region of Vitória. For this, a qualitative Evaluative Research study was carried out through semi-structured interviews with 12 members of the various services involved in this Network and who participated in the discussions for its operational flows (Coordination of the Technical Chamber of SESA, SAMU, UPAs and Reference Hospitals). Qualitative data analysis was carried out using the Thematic Content Analysis of a reflective nature. It is observed that there are weaknesses both in the process of governance, training, monitoring and coordination by management, as well as connectivity and integration by the constituents of the operational structure in the context in which the flows take place on a daily basis. Such weaknesses have impacted the results of this line of care and need to be evaluated in the process of implementing the acute myocardial infarction network.

Keywords: Health Assessment. Regionalization of Health. Myocardial Infarction. National Health Systems. Health Care Networks.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA IMPLANTAÇÃO DA DIRETRIZ DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO

Tabela 1: Perfil dos entrevistados48

Tabela 2: Tema recorrente das entrevistas.....50

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DAS FRAGILIDADES DA ESTRUTURA OPERACIONAL DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO

Tabela 1: Perfil dos entrevistados72

Tabela 2: Tema recorrente das entrevistas.....74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Atendimento dos pacientes com dor torácica no PA/UPA.....	27
Figura 2: Atendimento dos pacientes com dor torácica na UBS.....	28
Figura 3: Atendimento dos pacientes com dor torácica em Domicílio.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Ácido Acetilsalicílico

APS – Atenção Primária em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCV – Doenças Cardiovasculares

ECG – Eletrocardiograma

ES – Espírito Santo

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICEPi – Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgência e Emergência

RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCA – Síndromes Coronarianas Agudas

SESA – Secretaria do Estado do Espírito Santo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UPAs – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs): CONCEITOS.....	19
2.2 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À.....	21
SAÚDE.....	21
2.3 A LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO: FLUXO OPERACIONAL.....	24
3 OBJETIVOS.....	30
4 METODOLOGIA	31
5 ARTIGOS	36
5.1 ARTIGO 1	36
5.2 ARTIGO 2	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7 REFERÊNCIAS DO ESTUDO	85
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	89
ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	94

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de mortalidade no mundo, representando 31% de todas as mortes, sendo que 85% dessas se referem a Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral (ARAÚJO et al., 2022). O mesmo ocorre no Brasil, onde 30% das mortes são devidas a Doença Cardiovascular, com grande impacto nas mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de repercussão econômica e social. São, assim, responsáveis por gastos diretos substanciais com hospitalização e por altos custos indiretos relacionados à redução da produtividade devido ausência no trabalho. As DCV e suas complicações resultaram em um gasto de US\$ 4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015 (OLIVEIRA et al., 2020).

Tais dados refletem os desafios de organização dos serviços de saúde frente a essas condições agudas e crônicas, que se apresentam de forma mais ou menos persistente e exigem respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde.

Elas fazem parte do contexto de transição epidemiológica no Brasil, no qual as doenças crônicas com suas agudizações passam a predominar, gerando a necessidade de readequação das Políticas Públicas de Saúde a partir dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles a Regionalização e a Hierarquização. A Regionalização é uma premissa básica para o aumento do acesso aos recursos necessários, superando a fragmentação social, territorial e de comando favorecendo a equidade dos usuários a alguns bens e serviços tão importantes para a superação dos indicadores das DCV (DUARTE et al., 2015). Nesse sentido, Mello et al. (2017) associa a Regionalização com a organização do sistema e a racionalização dos recursos necessários para os cuidados de saúde. Nesse contexto, também, se faz necessário hierarquizar a atenção à saúde estabelecendo portas de entrada e fluxos assistenciais que obedeçam a uma lógica de recursos humanos e tecnológicos com base em parâmetros de necessidade bem definidos dos usuários em conformidade com os recursos dos serviços envolvidos,

incentivando o compartilhamento das responsabilidades entre os entes federativos (LIMA et al., 2012).

Essa lógica faz parte do segundo ciclo político de organização do SUS. Em um primeiro ciclo prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal (1988 a 2000), enquanto no segundo houve o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esse ciclo surge com a necessidade de se avançar com a consolidação do acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, que traz à tona a agenda da regionalização dos serviços (CARVALHO et al., 2017). Entretanto, esse ciclo surge em momento político distinto do primeiro. Observa-se menor participação dos entes federativos, denotando a mudança do primeiro momento quando o ponto forte foi a implementação de políticas com alta participação das instâncias subnacionais. Centraliza-se mais as decisões e o financiamento no Ministério de Saúde, numa relação direta com os municípios, fazendo com que os recursos financeiros se destaquem em relação às diretrizes, como instrumento de implantação do processo de regionalização. Dessa maneira, são diferentes os contextos entre os períodos em diversos aspectos, desde políticos, financeiro, protagonistas e os modelos de gestão e regulação (VIANA et al., 2017).

O Brasil definiu, nesse novo ciclo, que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando a construção de sistemas integrados de saúde – conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado.

Inúmeras tentativas foram implementadas no Brasil para esse fim, sendo a última e atual idealizada a partir da publicação da Portaria G/M n.º 4279/10 que estabeleceu as Diretrizes para a implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). As Redes de Atenção à Saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns com ação cooperativa e interdependente, ofertando atenção contínua e integral à determinada população. Tais organizações são diferenciadas em modelos de atenção às condições agudas e crônicas. As condições agudas se manifestam de forma pouco previsível e devem ser manejadas de forma

episódica, reativa, com tempo-resposta oportuno (MENDES, 2011). Essas redes se inserem, assim na Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, criada no intuito de reduzir os vazios assistenciais e servir como interface entre a atenção básica e a média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

As redes passaram, assim, a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do processo de territorialização.

A Regionalização e a Hierarquização com as RASs requerem vínculo constante entre as esferas da gestão e da atenção dos serviços de saúde em vista de uma organização das ações e dos serviços para o alcance dos resultados. Esse processo supõe duas ações principais: organizar e integrar serviços de naturezas diferentes, mas complementares em uma linha de cuidado e criar regiões a partir de características epidemiológicas da população em um determinado tempo e espaço (DUARTE et al., 2015).

As síndromes coronarianas agudas (SCA) enquadram-se nesse modelo de condição aguda, tratando-se de uma Urgência em saúde. Na linha de cuidado das Urgências Cardiovasculares isso se traduz no grande desafio da integração vertical da rede com a articulação de unidades de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, mas complementares agregando resolutividade e qualidade neste processo. Toda a Rede envolve áreas que precisam de integração para a segurança do paciente, desde a porta de entrada, regulação feita com o SAMU, equipes de hemodinâmica, terapia intensiva e unidade de internação. Se faz necessário um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais (SOUZA, 2009). Há de se unir esforços para que o paciente tenha a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo, recurso certo e no tempo certo (OUVERNEY, 2008).

Diante dos indicadores cardiovasculares e dos desafios da gestão de sua condição aguda mais comum, as SCA (cujo elemento mais clássico é o Infarto Agudo do Miocárdio), a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo instituiu em 2018 uma Diretriz para definir seu processo de Regionalização e Hierarquização. Tal documento foi desenvolvido pelo Núcleo Especial de Atenção às Condições Agudas em Saúde da SESA que instituiu uma Câmara

Técnica do Infarto da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Na composição dos profissionais do grupo da Câmara Técnica procurou-se contemplar a amplitude de atores dentro do sistema (profissionais da assistência hospitalar, pré-hospitalar, do gestor estadual de saúde), multidisciplinaridade (Médicos, enfermeiros, técnicos reguladores, técnicos em políticas de saúde, gestores) com diferentes níveis de qualificação (generalistas, especialistas) e de experiência. Foi escolhida a SCA pelo impacto em que o tratamento eficaz tem em reduzir a elevada morbimortalidade cardiovascular (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Faz-se necessário, entretanto, no Ciclo dessa Política Pública uma avaliação do processo de implantação, comparando o que foi planejado com o que foi executado.

O processo de regionalização, neste sentido, é influenciado pelo grau de integração existente entre os atores sociais componentes dos espaços de governança do setor. Observa-se um processo que possui muita influência das bases teóricas, políticas, interesses e projetos desses componentes. Seus atores devem dialogar e, mesmo que este seja permeado dessas influências, negociar para que haja consensos e para que surjam responsabilidades compartilhadas capazes de construir desenhos regionais efetivos, não obstante suas particularidades (FLEURY et al., 2010).

Ainda temos poucos dados publicados nas Redes de Urgência do Sudeste, em especial quando avalia-se um desenho específico como o IAM. Recentemente, Marcolino et al (2013) realizou uma avaliação da implantação da linha de cuidado do IAM, em Belo Horizonte, Minas Gerais, e seu impacto na mortalidade hospitalar concluindo que tal medida permitiu maior acesso da população ao tratamento adequado e, conseqüentemente, redução na mortalidade hospitalar por IAM. De maneira semelhante, há uma avaliação da rede do infarto em São Paulo, que evidenciou redução de mortalidade hospitalar a partir da implantação da rede (CALUZA et al., 2012). Tais avaliações tiveram enfoque em alguns indicadores, mas ainda não aprofunda a relação política, os processos de interação entre os atores e a governança. Considerando o impacto dos agravos agudos cardiovasculares e a recente implantação dessa política no Estado do Espírito Santo torna-se importante um estudo que aprofunde esse cenário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs): CONCEITOS

A palavra rede pode ser compreendida de diversas maneiras pelos atores da área da saúde e sua compreensão exerce influência na sua operacionalização. Apesar da primeira descrição completa de uma rede regionalizada ter sido publicada em 1920 pelo Relatório Dawson (SILVA, 2011), as propostas mais robustas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas de saúde surgidos na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos, cujo trabalho de origem é de Shortell. Esse autor aprofunda a superação da fragmentação do cuidado em saúde por meio da coordenação de serviços em uma região definida (SHORTELL et al., 1993). Tal proposta avançou, desde então, pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento como o Brasil. Esses países geraram os referenciais teóricos de rede que, na atualidade, os sistemas de saúde tentam implementar. Em recente revisão, as características conceituais de RASs foram mapeadas da literatura nacional e internacional e observou as seguintes como mais frequentes: integralidade, território definido, equidade, cooperação, coordenação e qualidade. Assim, mesmo na ausência de um conceito totalizante de RASs todos são baseados na ideia de pontos interligados com foco nas necessidades de saúde da população (NAKATA et al., 2020). Com base nesses elementos definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população” (SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994).

Na mesma lógica, o Ministério da Saúde do Brasil (2010) define as RASs como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Diversas evidências sinalizam resultados positivos na implantação das RASs, tais como melhora do uso dos recursos, de resultados clínicos de custo-efetividade, do acesso, do tempo de hospitalização e da satisfação do usuário. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

As RASs possuem a lógica das formas de produção econômica aplicada à saúde, funcionando no regime de economia de escala. Tal regime opera em arranjos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser distribuídos enquanto os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, tendem a ser concentrados.

A cooperação entre serviços de complexidade diferentes é a integração vertical. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos eficientes. Por outro lado, quando na RASs a cooperação ocorre entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de gerar ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade chamamos de integração horizontal de serviços. Isso ocorre quando, por exemplo, dois hospitais desempenham a mesma função e ocorre uma aliança estratégica para responder ao acesso dos usuários em uma rede (MENDES, 2011). De acordo com MENDES (2011) as RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. O acesso é a capacidade desse regime de escala otimizar recursos, combinando concentração e dispersão deles por meio de sistemas de apoio em diferentes pontos de atenção respondendo às necessidades de saúde de uma determinada população. Assim, acesso é o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas e possui várias dimensões: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento, a capacidade de compra das pessoas usuárias aos serviços e a aceitabilidade recíproca entre usuários e profissionais de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Pode-se, também, aumentar a abrangência do conceito de acesso deslocando seu centro de entendimento: não apenas na entrada dos usuários nos serviços, mas nos resultados dos cuidados recebidos. Assim, propõe-se o conceito de acessibilidade focando no impacto ou desempenho da RASs frente a uma oferta, a partir dos seus indicadores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Dessa forma, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. Quando ocorrer conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Em suma, regiões de baixa densidade demográfica necessitarão de um investimento não compatível com seu tamanho, mas que garanta o acesso às suas necessidades.

2.2 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ainda de acordo com Mendes (2011) as RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Vamos abordar cada um desses pontos:

A população com sua Região de Saúde

As RASs devem estratificar uma população com área geográfica sob sua responsabilidade que proporcione garantia de acesso, tempo/resposta de atendimento equilibrados e viabilidade operacional. A população adscrita é, então, a razão de ser de uma rede. Sua construção social de territórios/população é registrada, segmentada em subpopulações por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. Sua estrutura operacional insere-se no microambiente por meio da APS que, por isso, possui a função de coordenar e articular o micro com o macro do sistema, ou seja, as subpopulações organizadas socialmente em famílias com os pontos mais dispersos da rede, quando necessário.

A estrutura operacional

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, pelas ligações que os comunicam e pela governança.

Os componentes que estruturam operacionalmente uma RAS incluem: Atenção Primária à saúde como centro de comunicação; os pontos de atenção secundária

e terciária; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós e o quinto, a governança, é definida como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, para o exercício dos atores sociais envolvidos na RASs com seus direitos e obrigações, onde negociam seus papéis e suas diferenças (RONDINELLI, 2006), de forma a gerar a cooperação entre os atores sociais envolvidos, obtendo bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Esses mecanismos são mais complexos que os de governança de mercado liberal que muitas vezes é erroneamente usado como modelo pelos governos e secretarias de saúde. Sua diferença se baseia no fato de exercer a coordenação com gestores interdependentes de serviços de naturezas diferentes. Nesse caso, os processos de negociação, tomada de decisão coletiva e distribuição das tarefas e responsabilidades depende mais de adesão voluntária e envolve a confiança e a reciprocidade.

A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde que atua com um arcabouço normativo que inclui os procedimentos que regulam o funcionamento e os processos decisórios dessas redes. Tais normas incluem as portarias, decretos, deliberações e Diretrizes Clínicas. Nesse estudo avaliaremos uma Diretriz Clínica (de Síndromes Coronarianas Agudas) como tentativa de governar a estrutura operacional envolvida na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio em uma população, a Região Metropolitana de Vitória.

O modelo de atenção à saúde

Mendes (2011) define o modelo de atenção à saúde como *“um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das*

situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Para a implantação das RAS, é necessária uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas adaptando a estrutura operacional em diferentes fluxos e coordenações. Esse trabalho se propõe a aprofundar uma linha de cuidado prioritário que se enquadra em uma condição aguda, o infarto agudo do miocárdio. Porém, não se trata de desvencilhar os dois modelos. O mesmo autor explica que *“para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar, deles, o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências verdes e azuis possam ser atendidas na APS, esse nível de atenção necessita de ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, nos médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores.”*

O papel da APS difere nesses dois modelos. Enquanto no modelo dos crônicos essas unidades sejam as coordenadoras e os pontos de comunicação, no modelo dos agudos, onde o tempo é determinante, ela perde a função de coordenação dos fluxos, apesar de manter-se presente na rede. As urgências necessitam de um modelo de regulação que responda aos recursos necessários de imediato por meio de fluxos e contrafluxos bem definidos.

A organização do modelo de atenção das urgências em um sistema de redes de faz-se segundo a utilização de protocolo único de classificação de risco, fluxos de encaminhamento pactuados internamente para cada instituição e responsabilização nominal dos papéis propostos. É importante discussão coletiva dos fluxos operacionais gerando corresponsabilização. A pactuação entre todos os atores dos serviços em todos os níveis de atenção há de ser compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo

transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado. Um novo componente é inserido no sistema operacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que, de maneira geral, assume a regulação e liga os nós do sistema. Como nessas condições o tempo de acesso é crítico, não faz sentido transitar as pessoas pela APS até a resolução do risco iminente de morte.

2.3 A LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO: FLUXO OPERACIONAL

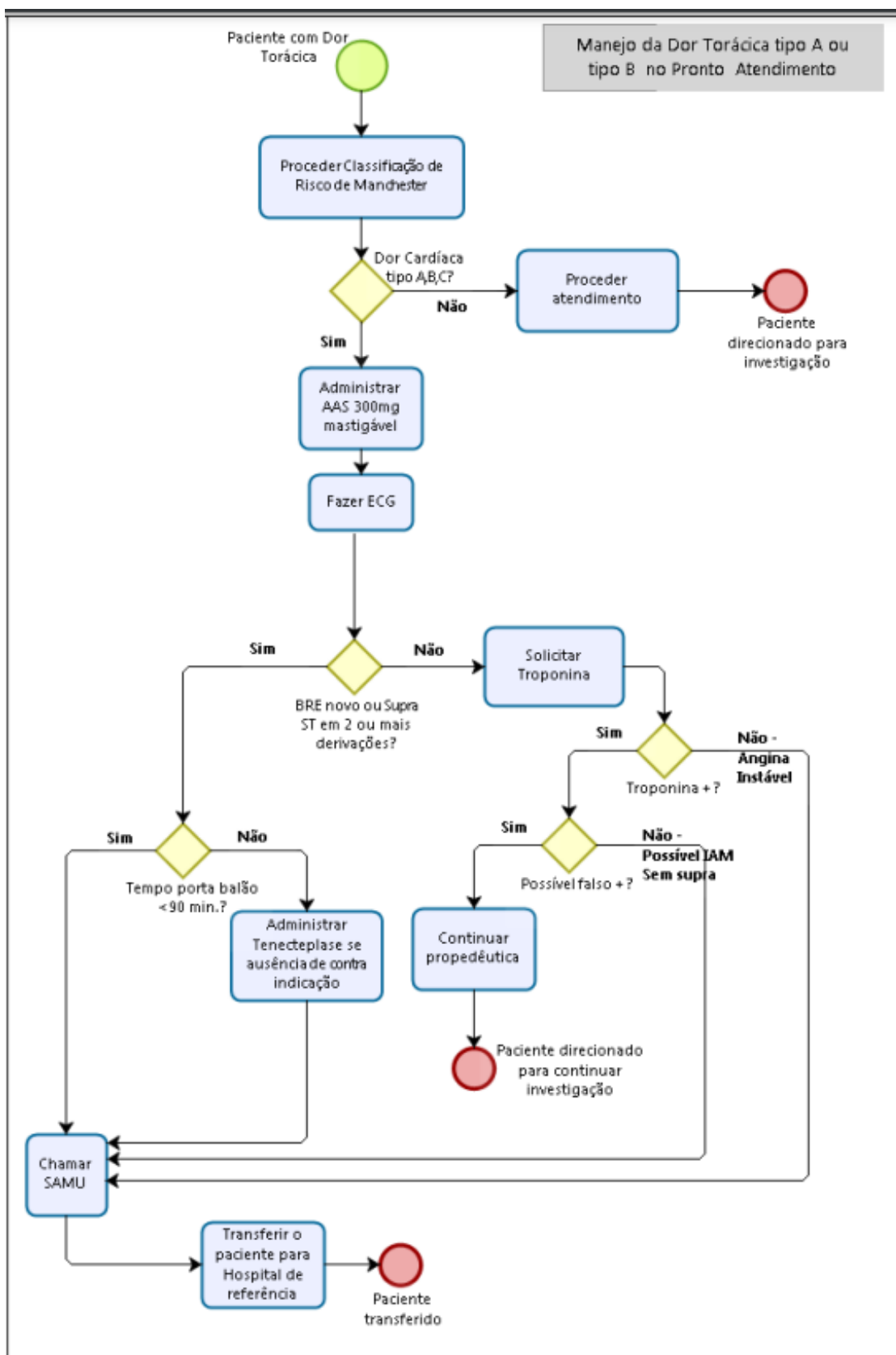
Com a publicação da portaria G/M n.1600/2011 há uma reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa publicação define algumas linhas prioritárias de atenção: os cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico. Essas linhas devem ser estabelecidas em cinco fases: fase do diagnóstico local da rede, fase do desenho da rede, fase da contratualização da rede, fase da qualificação dos componentes da rede, fase da certificação da rede. No Estado de Espírito Santo, a linha de cuidado prioritário cardiovascular iniciou-se com a linha de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de Vitória. Desde o início, da fase diagnóstica, foi constituída uma Câmara Técnica de Síndrome Coronariana Aguda coordenada pelos gestores da SESA e constituída por gestores e atores sociais de diferentes serviços relacionados ao modelo de rede de condição aguda: UPAs, SAMU, Hospitais de referência com Centro de Hemodinâmica.

Após fase diagnóstica em 2017 e desenho da rede em 2018, foi publicada a “Diretriz Clínica da Síndrome coronariana Aguda (SCA) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES)” validada internamente por sua Câmara Técnica de Síndrome coronariana Aguda (SCA) e externamente pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - Regional ES e pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). A população alvo da Diretriz é o cidadão que se apresenta em uma das portas de entrada do SUS com dor torácica ou outro sinal ou sintoma sugestivo de Síndrome Coronariana Aguda.

De forma geral, a partir da dor torácica em um dos diversos níveis de atenção (domicílio, UBS, UPAs ou Hospital de Referência) o paciente deve ser

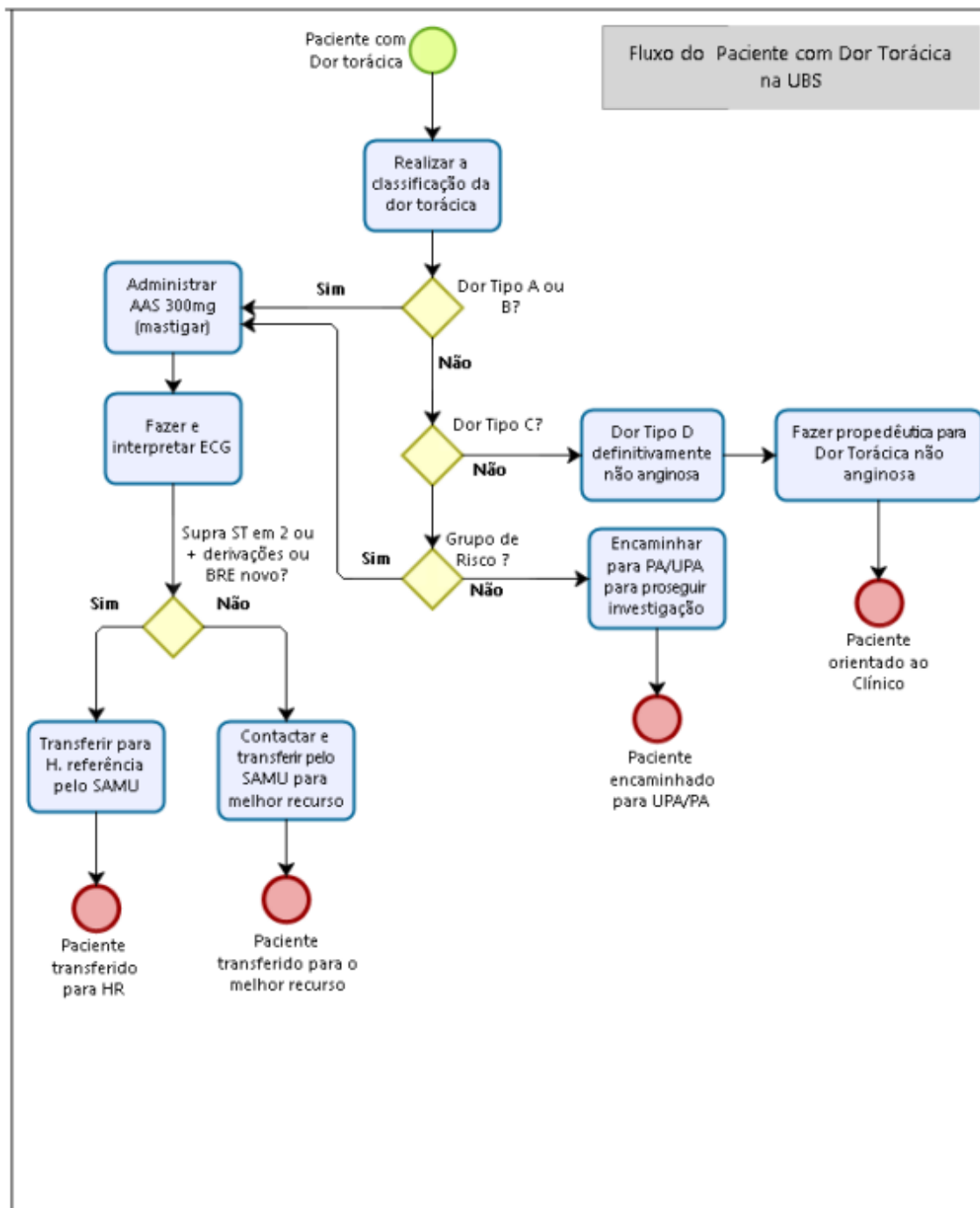
classificado pelo protocolo de Manchester e estratificado quanto ao tipo de dor (definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa). É orientada a realização de ECG em até 10 minutos da admissão, assim como a administração da dose de ataque de Ácido Acetilsalicílico (AAS). Com esses dois dados (tipo de dor e ECG) ele deve ser classificado em Síndrome Coronariana Aguda com supra ST ou Síndrome Coronariana Aguda sem supra ST. O primeiro grupo é levado imediatamente pelo SAMU aos Hospitais de Referência contratualizados e regionalizados na sua área correspondente. O segundo grupo deve coletar o biomarcador troponina antes da tomada de decisão. Caso tenha troponina positiva ou se configure Angina Instável de risco moderado/alto (um dos dois casos), também é referenciado ao Hospital de Referência. Todo processo regulatório é realizado por contato da Unidade de origem com o SAMU por telefone. Cabe ao SAMU ser a ponte entre a origem e o destino, assim como realizar a decisão regulatória. Caso a origem seja o domicílio, o próprio SAMU realiza o primeiro atendimento e faz a tomada de decisão. Vale ressaltar que, apesar de ser uma Diretriz Estadual, o SAMU só estava implantado na RMGV por ocasião da publicação da Diretriz, sendo essa região o foco desse estudo. A Figura 1 exemplifica o fluxo assistencial da rede tomando como ponto de partida a entrada do paciente na UPA (o mais comum), a Figura 2 o fluxo a partir da UBS e a Figura 3 o fluxo a partir do domicílio, como publicado na diretriz:

Figura 1: Atendimento dos pacientes com dor torácica no PA/UPA



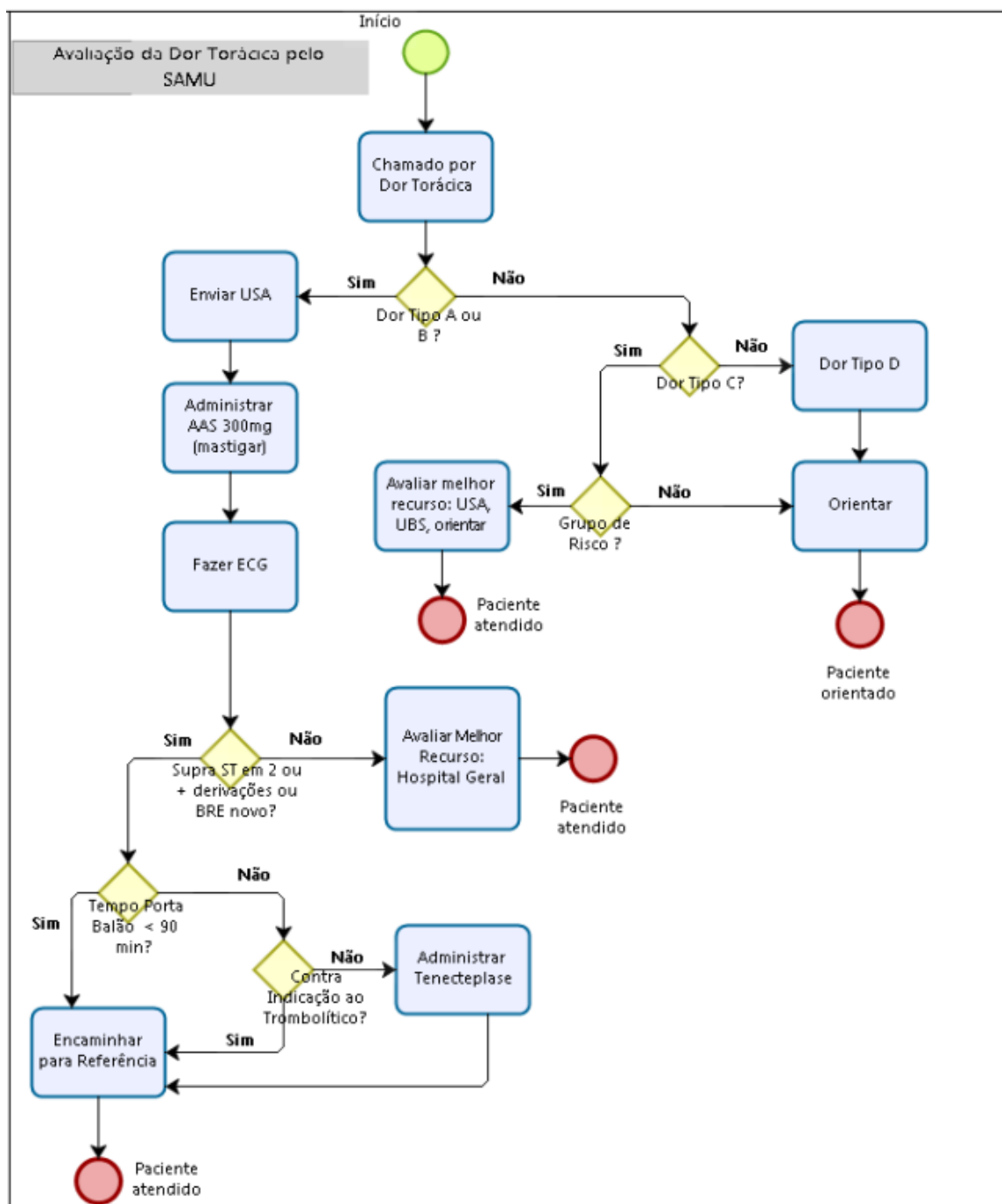
Fonte: Diretriz Clínica da Síndrome coronariana Aguda (SCA) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES)

Figura 2: Atendimento dos pacientes com dor torácica na UBS



Fonte: Diretriz Clínica da Síndrome coronariana Aguda (SCA) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES)

Figura 3: Atendimento dos pacientes com dor torácica em Domicílio



Fonte: Diretriz Clínica da Síndrome coronariana Aguda (SCA) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES)

Esse fluxo é regionalizado por cidade da RMGV a partir da sua origem diagnóstica. Dor torácica originada nas cidades de Serra e Vitória são encaminhadas, após regulação, ao HUCAM, situado em Vitória. Quando ocorre em Vila Velha são direcionadas ao Hospital Evangélico de Vila Velha. Já as cidades de Cariacica e Viana faz referência à Santa Casa de Misericórdia em Vitória. Após a publicação da Diretriz, em 2019, houve expansão do SAMU para outras cidades ao redor da RMGV (Guarapari, Aracruz, Ibraçu, Santa Teresa), e essas cidades foram distribuídas aos Hospitais de Referência da Região Metropolitana de Vitória, a saber: Guarapari para o Hospital Evangélico de Vila Velha, Aracruz, Ibraçu e Santa Teresa para o HUCAM. Tais referências são modificadas com frequência pela Gestor e podem ter ajustes após a presente publicação. A Diretriz pontua alguns indicadores para o gerenciamento da sua proposta: tempo entre a porta de entrada do primeiro ECG, tempo porta-agulha (para pacientes que fazem trombólise) ou porta balão (para os referenciados), tempo hospital-balão, mortalidade intra-hospitalar por IAM e mortalidade de 1 ano após o IAM. Os resultados esperados são a redução dos tempos de interpretação do ECG na chegada, a redução do tempo porta balão ou porta agulha e a mortalidade intra-hospitalar.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar os princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização presentes na implantação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Vitória.

Objetivos específicos

Identificar “nós críticos” de gestão e governança na Rede de Urgência e Emergência do Infarto.

Analisar as fragilidades da estrutura operacional da Rede de Urgência e Emergência do Infarto.

4 METODOLOGIA

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma avaliação da implantação de uma política pública de saúde estruturada em um estudo de caso único com níveis de análise imbricados (Denis; Champagne, 1997) em uma perspectiva qualitativa e exploratória.

O estudo se propôs a avaliar a implantação da intervenção (Rede de IAM) no sentido de investigar como ocorre a intervenção no seu contexto.

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, que contempla os maiores municípios do estado: Vitória, Vila Velha, Serra, Viana e Cariacica.

População do Estudo

A avaliação da implantação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, em seus componentes de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, compreendeu as perspectivas dos seguintes atores sociais que participaram da construção da Diretriz e, na ocasião, possuíam as seguintes funções estratégicas no seu serviço:

- Responsável Estadual pela Câmara Técnica do IAM (Gestor da SESA), que é a instância macropolítica de gestão da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência;
- Responsável técnico (Gestor da SESA) da elaboração da Diretriz.
- Coordenação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Médico Regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Coordenação de enfermagem do Pronto Socorro do HUCAM/UFES (Hospital de Referência).

- Coordenador da cardiologia do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)
- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)
- Médico da Hemodinâmica do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médico responsável pela cardiologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (Hospital de Referência).
- Enfermeira coordenadora da UPA da Praia do Suá – Vitória - ES.
- Médica coordenadora da UPA de Carapina - Serra – ES.

Estes sujeitos foram escolhidos de forma intencional pois possuíam na ocasião da publicação da Diretriz essas funções estratégicas e participaram da fase de elaboração. O pesquisador principal tem experiência profissional na estruturação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência e conhece em detalhes seu funcionamento. Com base nessa experiência prévia, identificamos os sujeitos com maior potencial de contribuição com informações e saberes pertinentes ao objetivo do trabalho.

Produção das informações do estudo

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, iniciando o diálogo com os entrevistados com questões mais abrangentes que tratem da atuação do profissional na rede, sendo posteriormente mais direcionada aos objetivos citados no estudo.

O roteiro das entrevistas contemplou a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, raça/etnia, escolaridade, categoria profissional) do sujeito da pesquisa e questões relacionadas às opiniões do sujeito sobre a implantação da rede de atenção em questão.

Assim, sugeriu-se uma proposta de roteiro para guiar a entrevista, sempre aberta à imprevisibilidade do método e dos encontros com os sujeitos da pesquisa:

- Qual a sua visão sobre a implantação da Rede de Urgência e Emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória? Fale sobre sua experiência profissional nesta rede.
- Você já atuava na atenção aos pacientes com IAM antes da implantação da Rede? Se sim, como você avalia os efeitos desta rede na RMGV, comparando com o momento anterior a sua existência? Se não, como você analisa a implantação da rede na RMGV?
- Quais são, na sua opinião, os maiores problemas na implantação da rede de atenção ao IAM na RMGV? E quais são os principais pontos positivos? Resultados já alcançados e ainda por alcançar.
- Você tem conhecimento de monitoramento dos resultados esperados pela rede por parte da Gestão Estadual? Se sim, quais resultados você teve acesso?
- Na sua opinião, qual é o impacto da estruturação desta rede de atenção no acesso aos serviços de maior complexidade no tempo oportuno para o tratamento? Você observa alguma diferença de acesso entre diferentes perfis de pacientes (gênero, raça/etnia, idade, local de moradia, serviço de origem)?
- Fale um pouco da sua visão a respeito da articulação entre a gestão da SESA e os serviços de diversas complexidades (UPAs, SAMU e Hospitais de Referência) que participam da Rede de Urgência e emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória.
- Como você enxerga a divisão territorial das referências entre os serviços de menor e maior complexidade na Região Metropolitana (UPAs e Hospitais de Referência)?
- Você recebeu treinamento a respeito dos fluxos definidos pela Câmara Técnica do Infarto e publicado como Diretriz pela SESA no ano de 2018? Se recebeu, sente segurança? Percebe adequação ao contexto do dia a dia?
- No período após a implantação da rede, você percebe algum ponto importante do fluxo da Rede do Infarto que foi ignorado na fase de planejamento?
- Você acredita que as normas dos fluxos correspondam com a realidade do dia a dia dos serviços envolvidos?

- Nesses dois anos você percebeu algum movimento por parte dos Gestores de avaliação dos fluxos a partir da prática da sua execução?

- Você tem alguma sugestão para a melhoria do impacto da Rede na atenção ao IAM?

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal do estudo com hora marcada em encontro online via plataforma Microsoft Teams®. Este procedimento ocorreu em decorrência das medidas de biossegurança em vigência para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Em meio virtual, o entrevistador permaneceu sozinho na sala de reunião da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e o entrevistado no local de sua decisão. Todo o processo foi conduzido de forma a garantir sigilo e privacidade. As entrevistas estão gravadas após autorização dos participantes e concordância verbal ou assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Em termos reflexivos, interessa saber que o pesquisador principal é do gênero masculino, branco, médico cardiologista, chefe do Setor de Paciente Crítico de um dos Hospitais de Referência (HUCAM/UFES) e membro da Câmara Técnica do IAM da SESA representando o seu serviço. Por isso, participa ativamente da estruturação dessa Rede de Atenção desde o início das discussões no âmbito da SESA em 2010 e colaborou com a formulação das Diretrizes Clínicas de abordagem ao paciente com síndrome coronariana aguda que norteiam o cuidado nesta Rede de Atenção publicada em 2018. Dada a relativa homogeneidade no perfil dos sujeitos entrevistados, acredita-se que o perfil do pesquisador principal não vai impactar negativamente na riqueza das entrevistas e na relação estabelecida com as pessoas durante o processo de pesquisa.

As entrevistas foram transcritas in verbatim pelo pesquisador principal, compondo o corpus de pesquisa. A análise qualitativa dos dados se deu pela Análise Temática de Conteúdo, que consiste na leitura exaustiva das transcrições, diários de campo e relatórios de pesquisa, de onde se originarão temas, categorias recorrentes e núcleos temáticos que permitirão a análise em profundidade do material com a formulação de categorias analíticas.

Por fim, é importante destacar que se trata de uma pesquisa avaliativa com forte ênfase qualitativa na produção do conhecimento, contando com a participação de diversos atores relacionados não apenas à política avaliada em si, mas aos contextos nos quais ocorre a implantação (academia, municípios, estado, serviços). Interessa entender a complexidade da implantação de uma experiência em nível metropolitano e para isso importa estar aberto a perceber particularidades locais e dos serviços que poderão lançar luz sobre os desafios encontrados pelos sujeitos da pesquisa. Como diz Patton (2002), importa compreender como variações no processo de implantação de determinado programa a partir de seus contextos locais podem influenciar os resultados obtidos. Buscou-se, ainda conforme Patton, não apenas uma análise da eficácia do programa em alcançar seus objetivos primários, mas acima de tudo compreender os fatores explicativos para os resultados observados.

5 ARTIGOS

5.1 ARTIGO 1

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA IMPLANTAÇÃO DA DIRETRIZ DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO

RESUMO

Esse estudo se propõe a avaliar o exercício da gestão da Secretaria de Saúde do Espírito Santo na implantação da rede de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória. Trata-se de uma avaliação de uma política pública de saúde estruturada em um estudo de caso único com níveis de análise imbricados em uma perspectiva qualitativa e exploratória no sentido de investigar como ocorre a intervenção (rede do IAM) no seu contexto, com foco na atuação da gestão sobre sua estrutura operacional.

Foram entrevistados 12 profissionais membros da Câmara Técnica do infarto agudo do miocárdio, entre gestores e membros dos diversos serviços da rede. Tais pessoas participaram da elaboração da Diretriz que orienta os fluxos da rede nessa região.

Observou-se nos relatos que houve um adequado desenho normativo, mas falhas nos processos de treinamento, monitoramento dos resultados e integração entre os diversos serviços. Conclui-se, assim, certo vazio de governança após a fase normativa dessa rede, que pode ter sido influenciado pela mudança do governo do estado no ano seguinte à publicação. Isso é uma evidência de como os processos de descontinuidade política impactam nos resultados almejados e reforça a necessidade de capacitar a gestão nas fases de implantação e avaliação dos produtos definidos em colegiados técnicos.

Palavras-chave: Redes de atenção à saúde, infarto agudo do miocárdio, avaliação de Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the management exercise of the Secretary of Health of Espírito Santo in the implementation of the care network for Acute Myocardial Infarction in the Metropolitan Region of Vitória. It is an evaluation of a public health policy structured in a single case study with overlapping levels of analysis in a qualitative and exploratory perspective to investigate how the intervention occurs (AMI network) in its context, focusing on the performance of management on its operational structure.

Twelve professional members of the Acute Myocardial Infarction Technical Chamber were interviewed, including managers and members of the various network services. Such people participated in the preparation of the Guideline that guides the flows of the network in this region.

It was observed in the reports that there was an adequate normative design, but flaws in the training processes, monitoring of results and integration between the various services. This concludes that there is a certain lack of governance after the normative phase of this network, which may have been influenced by the change in the state government in the year following publication. This is evidence of how political discontinuity processes impact the desired results and reinforces the need to train management in the implementation and evaluation phases of products defined in technical collegiate bodies.

Keywords: Health care networks, acute myocardial infarction, evaluation of public health policies.

INTRODUÇÃO:

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de mortalidade no mundo, representando 31% de todas as mortes, sendo que 85% dessas se referem a Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral (ARAÚJO et al., 2022). O mesmo ocorre no Brasil, onde 30% das mortes são devidas a Doença Cardiovascular, com grande impacto nas mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de repercussão econômica e social. São, assim, responsáveis por gastos diretos substanciais com hospitalização e por altos custos indiretos relacionados à redução da produtividade devido ausência no trabalho. As DCV e suas complicações resultaram em um gasto de US\$ 4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015 (OLIVEIRA et al., 2020).

Tais dados refletem os desafios de organização dos serviços de saúde frente a essas condições agudas e crônicas, que se apresentam de forma persistente e exigem respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde. As Redes de Atenção à Saúde têm sido a maneira pela qual o SUS busca responder a esses desafios por meio de linhas de cuidado com integração dos pontos de atenção relacionados à condição de saúde da linha.

As síndromes coronarianas agudas (SCA) enquadram-se nesse modelo de condição aguda, tratando-se de uma Urgência em saúde. Na linha de cuidado das Urgências Cardiovasculares isso se traduz no grande desafio da integração vertical da rede com a articulação de unidades de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, mas complementares agregando resolutividade e qualidade neste processo. Toda a Rede envolve áreas que precisam de integração para a segurança do paciente, desde a porta de entrada, regulação feita com o SAMU, equipes de hemodinâmica, terapia intensiva e unidade de internação. Se faz necessário um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais (SOUZA, 2009). Há de se unir esforços para que o paciente tenha a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo, recurso certo e no tempo certo (OUVERNEY, 2008) (MENDES, 2013).

Diante dos indicadores cardiovasculares e dos desafios da gestão de sua condição aguda mais comum, as SCA (cujo elemento mais clássico é o Infarto Agudo do Miocárdio), a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo instituiu em 2018 uma Diretriz para definir seu processo de Regionalização e Hierarquização. Ela foi publicada como “Diretriz Clínica da Síndrome coronariana Aguda (SCA) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES)”. Tal documento foi desenvolvido pelo Núcleo Especial de Atenção às Condições Agudas em Saúde da SESA que instituiu uma Câmara Técnica do Infarto da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Na composição dos profissionais do grupo da Câmara Técnica procurou-se contemplar a amplitude de atores dentro do sistema (profissionais da assistência hospitalar, pré-hospitalar, do gestor estadual de saúde), multidisciplinaridade (Médicos, enfermeiros, técnicos reguladores, técnicos em políticas de saúde, gestores) com diferentes níveis de qualificação (generalistas, especialistas) e de experiência. Foi escolhida a SCA por ser uma linha prioritária definida pelo Ministério da Saúde e pelo impacto em que o tratamento eficaz tem em reduzir a elevada morbimortalidade cardiovascular (ESPÍRITO SANTO, 2018).

A Diretriz foi escrita após uma fase diagnóstica em 2017 e validada internamente por sua Câmara Técnica de Síndrome coronariana Aguda (SCA) e externamente pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - Regional ES e pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). A população alvo da Diretriz é o cidadão que se apresenta em uma das portas de entrada do SUS com dor torácica ou outro sinal ou sintoma sugestivo de Síndrome Coronariana Aguda.

Fluxo operacional da Rede de Infarto na Região Metropolitana de Vitória – ES:

De forma geral, a partir da dor torácica em um dos diversos níveis de atenção (domicílio, UBS, UPAs ou Hospital de Referência) o paciente deve ser classificado pelo protocolo de Manchester e estratificado quanto ao tipo de dor (definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa). É orientada a realização de ECG em até 10 minutos da admissão, assim como a administração da dose de ataque de

Ácido Acetilsalicílico (AAS). Com esses dois dados (tipo de dor e ECG) ele deve ser classificado em Síndrome Coronariana Aguda com supra ST ou Síndrome Coronariana Aguda sem supra ST. O primeiro grupo é levado imediatamente pelo SAMU aos Hospitais de Referência contratualizados e regionalizados na sua área correspondente. O segundo grupo deve coletar o biomarcador troponina antes da tomada de decisão. Caso tenha troponina positiva ou se configure Angina Instável de risco moderado/alto (um dos dois casos), também é referenciado ao Hospital de Referência. Todo processo regulatório é realizado por contato da Unidade de origem com o SAMU por telefone. Cabe ao SAMU ser a ponte entre a origem e o destino, assim como realizar a decisão regulatória. Caso a origem seja o domicílio, o próprio SAMU realiza o primeiro atendimento e faz a tomada de decisão. Vale ressaltar que, apesar de ser uma Diretriz Estadual, o SAMU só estava implantado na RMGV por ocasião da publicação da Diretriz.

Esse fluxo é regionalizado por cidade da RMGV a partir da sua origem diagnóstica. Dor torácica originada nas cidades de Serra e Vitória são encaminhadas, após regulação, ao HUCAM, situado em Vitória. Quando ocorre em Vila Velha são direcionadas ao Hospital Evangélico de Vila Velha. Já as cidades de Cariacica e Viana faz referência à Santa Casa de Misericórdia em Vitória. Após a publicação da Diretriz, em 2019, houve expansão do SAMU para outras cidades ao redor da RMGV (Guarapari, Aracruz, Ibraçu, Santa Teresa), e essas cidades foram distribuídas aos Hospitais de Referência da Região Metropolitana de Vitória, a saber: Guarapari para o Hospital Evangélico de Vila Velha, Aracruz, Ibraçu e Santa Teresa para o HUCAM. Tais referências são modificadas com frequência pela Gestor e podem ter ajustes após a presente publicação. A Diretriz pontua alguns indicadores para o gerenciamento da sua proposta: tempo entre a porta de entrada do primeiro ECG, tempo porta-agulha (para pacientes que fazem trombólise) ou porta balão (para os referenciados), tempo hospital-balão, mortalidade intra-hospitalar por IAM e mortalidade de 1 ano após o IAM. Os resultados esperados são a redução dos tempos de interpretação do ECG na chegada, a redução do tempo porta balão ou porta agulha e a mortalidade intra-hospitalar.

Faz-se necessário, entretanto, no Ciclo dessa Política Pública uma avaliação do processo de implantação, comparando o que foi planejado com o que foi executado. Ainda temos poucos dados publicados nas Redes de Urgência do Sudeste, em especial quando avalia-se um desenho específico como o IAM. Recentemente, Marcolino et al (2013) realizou uma avaliação da implantação da linha de cuidado do IAM, em Belo Horizonte, Minas Gerais, e seu impacto na mortalidade hospitalar concluindo que tal medida permitiu maior acesso da população ao tratamento adequado e, conseqüentemente, redução na mortalidade hospitalar por IAM. Tal avaliação teve enfoque em alguns indicadores, mas ainda não aprofunda a relação política e os processos de gestão dos resultados. Considerando o impacto dos agravos agudos cardiovasculares e a recente implantação dessa política no Estado do Espírito Santo torna-se importante um estudo que aprofunde esse cenário.

METODOLOGIA

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma avaliação da implantação de uma política pública de saúde estruturada em um estudo de caso único com níveis de análise imbricados (Denis; Champagne, 1997) em uma perspectiva qualitativa e exploratória.

O estudo se propôs a avaliar a implantação da intervenção (Rede de IAM) no sentido de investigar como ocorre a intervenção no seu contexto com foco na atuação da gestão sobre sua estrutura operacional.

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, que contempla os maiores municípios do estado: Vitória, Vila Velha, Serra, Viana e Cariacica.

População do Estudo

A avaliação da implantação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, em seus componentes de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, compreendeu as perspectivas dos seguintes atores sociais que participaram da construção da Diretriz e, na ocasião, possuíam as seguintes funções estratégicas no seu serviço:

- Responsável Estadual pela Câmara Técnica do IAM (Gestor da SESA), que é a instância macropolítica de gestão da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência;
- Responsável técnico (Gestor da SESA) da elaboração da Diretriz.
- Coordenação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Médico Regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Coordenação de enfermagem do Pronto Socorro do HUCAM/UFES (Hospital de Referência).
- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)

- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)
- Coordenador da cardiologia do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médico da Hemodinâmica do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médico responsável pela cardiologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (Hospital de Referência).
- Enfermeira coordenadora da UPA da Praia do Suá – Vitória - ES.
- Médica coordenadora da UPA de Carapina - Serra – ES.

Estes sujeitos foram escolhidos de forma intencional. O pesquisador principal tem experiência profissional na estruturação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência e conhece em detalhes seu funcionamento. Com base nessa experiência prévia, identificamos os sujeitos com maior potencial de contribuição com informações e saberes pertinentes ao objetivo do trabalho.

Produção das informações do estudo

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, iniciando o diálogo com os entrevistados com questões mais abrangentes que tratem da atuação do profissional na rede, sendo posteriormente mais direcionada aos objetivos citados no estudo.

O roteiro das entrevistas contemplou a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, raça/etnia, escolaridade, categoria profissional) do sujeito da pesquisa e questões relacionadas às opiniões do sujeito sobre a implantação da rede de atenção em questão.

Assim, sugeriu-se uma proposta de roteiro para guiar a entrevista, sempre aberta à imprevisibilidade do método e dos encontros com os sujeitos da pesquisa:

- Qual a sua visão sobre a implementação da Rede de Urgência e Emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória? Fale sobre sua experiência profissional nesta rede.

- Você já atuava na atenção aos pacientes com IAM antes da implantação da Rede? Se sim, como você avalia os efeitos desta rede na RMGV, comparando com o momento anterior a sua existência? Se não, como você analisa a implantação da rede na RMGV?
- Quais são, na sua opinião, os maiores problemas na implantação da rede de atenção ao IAM na RMGV? E quais são os principais pontos positivos? Resultados já alcançados e ainda por alcançar.
- Você tem conhecimento de monitoramento dos resultados esperados pela rede por parte da Gestão Estadual? Se sim, quais resultados você teve acesso?
- Na sua opinião, qual é o impacto da estruturação desta rede de atenção no acesso aos serviços de maior complexidade no tempo oportuno para o tratamento? Você observa alguma diferença de acesso entre diferentes perfis de pacientes (gênero, raça/etnia, idade, local de moradia, serviço de origem)?
- Fale um pouco da sua visão a respeito da articulação entre a gestão da SESA e os serviços de diversas complexidades (UPAs, SAMU e Hospitais de Referência) que participam da Rede de Urgência e emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória.
- Como você enxerga a divisão territorial das referências entre os serviços de menor e maior complexidade na Região Metropolitana (UPAs e Hospitais de Referência)?
- Você recebeu treinamento a respeito dos fluxos definidos pela Câmara Técnica do Infarto e publicado como Diretriz pela SESA no ano de 2018? Se recebeu, sente segurança? Percebe adequação ao contexto do dia a dia?
- No período após a implantação da rede, você percebe algum ponto importante do fluxo da Rede do Infarto que foi ignorado na fase de planejamento?
- Você acredita que as normas dos fluxos correspondam com a realidade do dia a dia dos serviços envolvidos?
- Nesses dois anos você percebeu algum movimento por parte dos Gestores de avaliação dos fluxos a partir da prática da sua execução?
- Você tem alguma sugestão para a melhoria do impacto da Rede na atenção ao IAM?

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal do estudo com hora marcada em encontro online via plataforma Microsoft Teams®. Este procedimento ocorreu em decorrência das medidas de biossegurança em vigência para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Em meio virtual, o entrevistador permaneceu sozinho na sala de reunião da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e o entrevistado no local de sua decisão. Todo o processo foi conduzido de forma a garantir sigilo e privacidade. As entrevistas estão gravadas após autorização dos participantes e concordância verbal ou assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Em termos reflexivos, interessa saber que o pesquisador principal é do gênero masculino, branco, médico cardiologista, chefe do Setor de Urgência e Emergência de um dos Hospitais de Referência (HUCAM/UFES) e membro da Câmara Técnica do IAM da SESA representando o seu serviço. Por isso, participa ativamente da estruturação dessa Rede de Atenção desde o início das discussões no âmbito da SESA em 2010 e colaborou com a formulação das Diretrizes Clínicas de abordagem ao paciente com síndrome coronariana aguda que norteiam o cuidado nesta Rede de Atenção publicada em 2018. Dada a relativa homogeneidade no perfil dos sujeitos entrevistados, acredita-se que o perfil do pesquisador principal não vai impactar negativamente na riqueza das entrevistas e na relação estabelecida com as pessoas durante o processo de pesquisa.

As entrevistas foram transcritas in verbatim pelo pesquisador principal, compondo o corpus de pesquisa. A análise qualitativa dos dados se deu pela Análise Temática de Conteúdo, que consiste na leitura exaustiva das transcrições, diários de campo e relatórios de pesquisa, de onde se originarão temas, categorias recorrentes e núcleos temáticos que permitirão a análise em profundidade do material com a formulação de categorias analíticas.

Por fim, é importante destacar que se trata de uma pesquisa avaliativa com forte ênfase qualitativa na produção do conhecimento, contando com a participação de diversos atores relacionados não apenas à política avaliada em si, mas aos contextos nos quais ocorre a implantação (academia, municípios, estado, serviços). Interessa entender a complexidade da implantação de uma

experiência em nível metropolitano e para isso importa estar aberto a perceber particularidades locais e dos serviços que poderão lançar luz sobre os desafios encontrados pelos sujeitos da pesquisa. Como diz Patton (2001), importa compreender como variações no processo de implantação de determinado programa a partir de seus contextos locais podem influenciar os resultados obtidos. Buscou-se, ainda conforme Patton, não apenas uma análise da eficácia do programa em alcançar seus objetivos primários, mas acima de tudo compreender os fatores explicativos para os resultados observados.

RESULTADOS

O perfil dos entrevistados por ocasião da publicação da Diretriz, com cargo, função na Câmara Técnica, formação, sexo e idade atual é apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1: Perfil dos entrevistados

Cargo	Função na Câmara Técnica	Formação	Sexo	Idade atual
Gestor 1	Referência Técnica cardiovascular na rede de doenças crônicas e rede de urgência e emergência da SESA	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica com Doutorado em Medicina.	Masculino	51 anos
Gestor 2:	Coordenadora do Núcleo Especial de Atenção às Condições Agudas em Saúde da SESA.	Assistente Social com pós-graduação em Auditoria em Serviços de Saúde e em Psicodrama organizacional. Possui MBA em Gestão Executiva em Saúde.	Feminino	53 anos
Médico 1 do SAMU	Representante do SAMU - Coordenadora médica do SAMU 192 ES	Médica pediatra com Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento	Feminino	45 anos
Médico 2 do SAMU	Representante do SAMU - Regulador do SAMU 192 ES	Médico supervisor de regulação e da gestão da qualidade no SAMU 192 ES. Auditor/Consultor e Instrutor do Sistema Manchester de Classificação de Risco pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Especialista em ESF pela UFES/PMV em 2011.	Masculino	42 anos
Coordenadora da UPA de Carapina	Representante Médica das UPAs	Graduada em Medicina. Residência em Clínica Médica.	Feminino	45 anos
Coordenadora da UPA	Representante das coordenações das UPAs	Enfermeira especialista em Vigilância em Saúde e Gestão de Serviços do SUS	Feminino	46 anos

Médico 1 do HUCAM	Representante da cardiologia do HUCAM/UFES	Médica cardiologista com pós-graduação em preceptoria médica, rotina cardiológica do Pronto Socorro do HUCAM/UFES.	Feminino	40 anos
Médico 2 do HUCAM	Representante do Pronto Socorro do HUCAM/UFES	Médica nefrologista com pós-graduação em preceptoria médica, rotina clínica do Pronto Socorro do HUCAM/UFES	Feminino	37 anos
Enfermeira coordenadora do HUCAM	Representante da enfermagem dos Hospitais de Referência.	Enfermeira especialista em Urgência e Emergência e Coordenadora da enfermagem do Pronto Socorro do HUCAM/UFES.	Feminino	44 anos
Médico 1 do Hospital Evangélico de Vila Velha	Representante do Hospital Evangélico de Vila Velha	Médico cardiologista e coordenador da Cardiologia do Hospital Evangélico de Vila Velha.	Masculino	38 anos
Médico 2 do Hospital Evangélico de Vila Velha	Representante do Hospital Evangélico de Vila Velha	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica.	Masculino	40 anos
Médico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia	Representante do Hospital da Santa Casa de Misericórdia	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica. Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e Doutorado em Medicina.	Masculino	41 anos

Após análise das gravações das entrevistas, foram observados os seguintes padrões de temas recorrentes (tabela 2):

Tabela 2: Temas recorrentes nas entrevistas

Temas identificados		Entrevistados											
		G1	G2	S1	S2	UM	UC	M1H1	M2H1	EH1	M1H2	M2H2	MH3
1	A contratualização é uma ferramenta insuficiente na gestão de rede.	x	x		x	x				x		x	x
2	A ausência de indicadores na gestão (SESA), tornando a cobrança aos serviços subjetiva.	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x
3	Ausência de treinamento das equipes assistenciais que compõe Rede do Infarto.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	O COVID como fator de desestruturação do desenho da Rede do Infarto.	x	x					x					
5	A Importância da estruturação da Câmara Técnica na Rede do Infarto com diferentes atores sociais.	x	x	x	x	x		x		x		x	x
6	Sugestão de aumento da representatividade de serviços nas discussões da Rede do Infarto.	x			x					x	x		
7	Os Fluxogramas desenhados na Diretriz do IAM são adequados.	x	x	x	x			x		x	x		x
8	A Territorialização como fator positivo de organização e regulação da Rede do Infarto.	x		x	x			x			x	x	x
9	A participação das bases na construção e não apenas da gestão para adesão aos fluxos.	x	x	x	x	x				x		x	x
10	A Diretriz do IAM e impacto positivo ou neutro nos atritos entre os serviços.	x		x	x			x					x
11	A Diretriz do IAM como fator de padronização do atendimento.	x	x	x	x			x			x		x
12	As Regras informais não descritas na Diretriz do IAM: Interconsulta no processo regulatório.							x	x	x	x		x
13	Necessidade de reavaliação cíclica da grade de referência com base em indicadores.		x							x			
14	A sugestão de usar o ICEPI para Educação continuada para o pré-hospitalar.		x										
15	A ausência da atenção primária no desenho da Rede do Infarto.		x							x			

Legenda: G1 (Gestor 1 da SESA), G2 (Gestor 2 da SESA), S1 (Médico 1 do SAMU), S2 (Médico 2 do SAMU), U1 (Médico de uma UPA), UC (Coordenadora da UPA), M1H1 (Médico 1 do Hospital 1), M2H1 (Médico 2 do Hospital 1), EH1 (Enfermeira coordenadora do Hospital 1), M1H2 (Médico 1 do Hospital 2), M2H2 (Médico 2 do Hospital 2) e MH3 (Médico do Hospital 3).

1- A Diretriz como padronização da estruturação da rede:

Grande parte dos entrevistados destacou a importância da Diretriz para padronização dos atendimentos nos serviços de hierarquias diferentes, concordando com os fluxos orientados. Compreendem que a representatividade de diversos níveis de complexidade e de formação profissional na construção da linha de cuidado do infarto gera identificação com os fluxos propostos conforme relata um dos gestores da SESA.

“Então o que a câmara técnica fez foi (algo) a mais do que a construção teórica, porque isso está escrito (em literatura), primeiro foi dar a essas pessoas um instrumento comum de trabalho, ou seja, todo mundo faz aquilo que todo mundo combinou de fazer e então é mais fácil que os atores sigam a linha de cuidado pois quando todo mundo contribuiu esse ator se reconhece lá.”

Consideram que a formação de uma Câmara Técnica é essencial para implantação de rede. Percebem ser um avanço em relação a iniciativas prévias, que almejavam construir rede unicamente por meio de contratualização e definição dos papéis com posterior cobrança e, de certa forma, ameaça com impactos financeiros. Assim, a elaboração do documento representa um amadurecimento de gestão, de acordo com grande parte dos entrevistados, exemplificado pelo relato abaixo:

“A contratualização influi muito no faturamento financeiro do hospital e no funcionamento dele enquanto empresa, organização, para saber quanto você vai receber, o que você pode comprar, os funcionários que pode contratar, quantas horas de trabalho de funcionários em que posição você vai regular o ponto desses, mas para assistência.... Para a assistência os índices e indicadores assistenciais, a Diretriz construída pelos próprios atores tem um impacto maior que a contratualização sim. A contratualização das instituições não é focada, se você já leu algum desses contratos daí ela só pede talvez em algum parágrafo: “Olha tem que ter um indicador assistencial x” mas como aquilo vai se dar a quem vai fazer de que modo se meta a atingir não. Isso aí é o momento da diretriz e ela tem então de fato mais impacto porque o momento em que ela atua é diferente.”

2- A normatização como ferramenta de redução de atritos:

Quando se coloca a Diretriz como um instrumento de gestão para redução de atritos entres os atores dos serviços, há uma avaliação controversa. Os

Gestores avaliam que é um instrumento eficaz, enquanto os que estão nos diversos serviços acreditam ser insuficientes:

“O que acontece muito em redes de atenção é que você tem muitos atores envolvidos e a rede é tão forte quanto a conexão mais frágil que tem entre eles né, pois se atenção primária não se liga com atenção especializada, que não se liga com atenção hospitalar, que não se liga depois para atenção primária... depois que o paciente sai dessa linha a coisa fica frágil e o que tinha antes de ter a câmara técnica como esses atores não falavam a mesma língua e por ser uma rede heterogênea você tem desde o cara hemodinamicista igual a você com pós-graduação e com nível alto de treinamento até pessoas que se formaram agora e acabaram de entrar no mercado e vão para as unidades de saúde atender urgências nos PAs e UPAS e é difícil falar uma língua similar e isso dá o que em saúde o americano chama de “frictions” ou atrito ou seja são atrasos diagnósticos incorretos e encaminhamentos errados não por competência mas por uma dificuldade de gestão a dificuldade de falar a mesma língua. E a diretriz resolve essa questão.”
(Gestor da SESA)

“Quanto à redução dos atritos, (melhorou) pouco viu... porque não estamos seguindo à risca a territorialização. Às vezes, o SAMU tem autonomia que passa por cima de qualquer diretriz. Uma coisa que incomoda é o SAMU tentando resolver o problema (dele) político que passa por cima de qualquer diretriz; às vezes tem paciente que está escrito lá direitinho e aí eles colocam assim para dentro e ponto final.”
(Médico do Hospital de Referência).

3- A ausência de treinamentos por parte da gestão:

Observa-se que nesse processo de implantação da Diretriz, todos os entrevistados destacaram a falta de treinamento, uma vez que o texto divulgado não foi capilarizado por parte da Gestão, sendo confiado aos serviços esse papel. Suas orientações foram aplicadas como norma a partir de sua publicação e os fluxos eram compreendidos à medida que os diálogos entre os serviços ocorriam na prática, mas não por uma iniciativa planejada. Um dos gestores entrevistados admite que não há tal política na Secretaria:

“O treinamento é absolutamente ausente, não há na diretriz e falta o incentivo. A SESA não tem hoje uma política para isso. Melhorou porque foi criado o ICEPI, que tem dentre as atribuições o treinamento, então já existe a instância, mas nada definido em relação à linha do infarto e seriam os próximos passos da Câmara Técnica”.

4- Regras informais ignoradas pela gestão no contexto operacional:

Os profissionais dos Hospitais foram quase unânimes em lembrar que na prática algumas regras informais de decisão são mais utilizadas que as orientações da

Diretriz e são ignoradas pela gestão. Mesmo tendo os perfis de acesso bem desenhados, os profissionais da porta e do SAMU sentem a necessidade de confirmar as indicações de transferência por meio de ferramentas não desenhadas no fluxograma, como e-mail para avaliação de eletrocardiograma e discussão do caso antes de encaminhar. Dessa forma os Hospitais de referência são, informalmente, os grandes responsáveis pelas decisões de quem deve ter acesso ao seu recurso e tais decisões são influenciadas por fatores não previsíveis, como o perfil do plantonista e o nível de saturação de leitos de terapia intensiva e emergência dos Hospitais. Um dos profissionais sugere:

“Temos que melhorar a comunicação entre regulador estadual e as referências, passar por uma coisa mais informatizada registros sistematizados que gerem evidência e nos ajudem a compreender a história do doente, o registro do que já foi feito. Tudo ainda é muito verbal e a gente precisa evoluir... Talvez um sistema Estadual alguma coisa do tipo que também dê um feedback para rede e gestores para atuarem”.

5- A falta de capilaridade dos fluxos nas UPAs:

Um fato marcante é que os profissionais entrevistados das UPAs não consideram que a Diretriz foi implantada, pois não reconhecem na publicação um ato de implantação, ao contrário dos profissionais do SAMU e dos Hospitais de Referência. Relatam não dar capilaridade ao texto porque aguardam que os gestores realizem uma formalização por meio de treinamentos em conjunto. Concordam com os fluxos e conhecem os territórios, mas acreditam que são seguidos mais por costume do que por um processo organizado de gestão, de integração da rede, de maneira que não cobram seu engajamento aos profissionais.

6- Ausência de monitoramento dos resultados e o vazio da governança:

Quase todos os profissionais interessados desconhecem os indicadores e os resultados da política e sentem falta de uma apresentação formal de dados. Os Hospitais de Referência sentem-se cobrados mais por pressão do sistema, em momentos em que as portas estão cheias e há necessidade de esvaziar, do que por resultados. As UPAs e os SAMUs, por sua vez, frequentemente tem a impressão de muitas negativas a casos que deveriam ser encaminhados que ficam represados. Quando são feitas reuniões surgem casos pontuais específicos, mas não dados que mostrem se a rede cumpre seu papel de

transformação, de acesso, de redução de mortalidade, sequelas e custos. Para eles, os fluxos ordenam o processo regulatório, mas não atendem sempre no tempo em que esse processo precisa ser respeitado. Segue um relato de um profissional do Hospital de referência:

“Vejo um grande conformismo dos atores, em especial dos gestores, porque ninguém tem resultados macro e ninguém assume uma responsabilidade maior. O foco é tirar da porta, ter um destino e está resolvido o problema, desafogando os serviços primários, mas não se trata bem o paciente, em especial os supradados que perdem o tempo desde o diagnóstico nas portas. Nossa mortalidade hospitalar é o dobro da literatura porque recebemos os pacientes fora do tempo hábil. Dessa forma todos se conformam pelo fato de os pacientes conseguirem o acesso, mas um acesso que não reduz as sequelas a longo prazo. Trabalho na mesma instituição na clínica de Insuficiência Cardíaca e vejo um cenário devastador, tanto de sequelas quanto de custos com os infartos conduzidos de maneira equivocada.”

7- A falta de integração da gestão da rede com a Atenção Primária:

Apesar de pouco recordado pelos entrevistados, a ausência da atenção primária na Câmara Técnica do Infarto foi destacada por um dos gestores, que relata não ter sucesso na adesão dos responsáveis nas reuniões. Existem critérios de contrarreferência após a alta hospitalar, mas tais critérios não são conhecidos pela APS. Isso influenciaria os indicadores cardiovasculares, pois muitos pacientes retornam descompensados e sem o tratamento otimizado. A enfermeira coordenadora de um dos Hospitais salienta:

“É necessário um feedback para rede primária porque o paciente volta para rede né... Então todo mundo que pensa em rede pensa do encaminhamento para maior complexidade, mas se não qualificar a rede para esse retorno perde-se tudo. É importante que esse paciente não seja visto como um paciente sem prioridade, porque às vezes vai sair com uma repercussão hemodinâmica cardíaca importante uma fração de ejeção baixa, ele vai sair com algum tipo de atenção maior que precisa ser vista de perto.”

DISCUSSÃO

O processo de organização de uma rede de atenção à saúde é influenciado pelo grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais componentes entre si e com a governança do setor. Tais atores compõem a estrutura operacional de uma rede, que nesse caso, segue o modelo de uma condição aguda de saúde (MENDES, 2011). Observa-se que, na formação dessa rede específica, a elaboração da Diretriz é um importante arcabouço normativo que permite à governança amarrar os nós que a constituem em uma linguagem única. Nessa rede estudada, seus nós estruturantes operacionalmente são as UPAs, o SAMU e os Hospitais de Referência. Assim, enquanto arcabouço normativo a Diretriz escrita com seus fluxos desenhados indica um caminho de maturidade desde a sua construção, quando permitiu, por meio de uma Câmara Técnica, o espaço de representatividade e discussão dos entes envolvidos para além da contratualização. A gestão de uma rede, diferentemente da gestão de mercado, exige maior dependência de adesão voluntária com base na confiança e reciprocidade. Diferentes serviços, de diferentes naturezas, precisam negociar seus direitos e obrigações, seus papéis e suas diferenças, de forma a gerar a cooperação e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. O processo de regionalização, neste sentido, é influenciado pelo grau de integração existente entre os atores sociais componentes dos espaços de governança do setor. Observa-se um processo que possui muita influência das bases teóricas, políticas, interesses e projetos desses componentes. Seus atores devem dialogar e, mesmo que este seja permeado dessas influências, negociar para que haja consensos e para que surjam responsabilidades compartilhadas capazes de construir desenhos regionais efetivos, não obstante suas particularidades (FLEURY et al., 2010).

Percebeu-se, porém, que esse ponto de partida normativo não se desenvolveu no dia a dia por alguns processos não desenvolvidos.

Um deles é a fragilidade do sistema logístico de comunicação entre os pontos de atenção secundária, regulação e os hospitais de referência, ou seja, as ligações que comunicam os diferentes nós. Nota-se que a governança falha em atingir seu papel transversal, limitando-se a oferecer o arcabouço normativo e a cobrar pelos resultados. Os atores percebem que os resultados monitorados

divergem daqueles elencados no próprio arcabouço normativo, por não perceber monitoramento dos indicadores e passam a ofertar aquilo que lhes é cobrado na prática, uma resposta regulatória ao acesso aos serviços de mais alta complexidade. Falta aqui aprofundar o conceito de acesso entre a governança e os atores, que, em uma rede, não se refere apenas à entrada dos usuários nos serviços, mas aos resultados dos cuidados recebidos, tendo como foco o desempenho frente a uma oferta, a partir dos seus indicadores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Após sua construção, a gestão volta a obedecer ao regime de cobrança por contrato, com foco em regulação, sem aprofundar os compromissos mais profundos assumidos em grupo em relação aos indicadores de saúde cardiovascular que ela propõe melhorar.

Outro processo observado nas entrevistas é a ausência de um exercício de continuidade, monitoramento, treinamento e avaliação. Observa-se que no ano seguinte de sua publicação ocorreu mudança de governo no estado, com troca de funções na governança da Secretaria de Saúde. Todos os entrevistados relataram não ter se reunido mais como Câmara Técnica após a publicação da Diretriz, que coincidiu com a troca de governo, mas não foram notificados de sua dissolução. Houve mudança não só dos cargos de gestão, mas de todos os cargos de coordenação das UPAs e do SAMU. Apenas os profissionais dos Hospitais de Referência permanecem na função e participaram da construção do documento, que ainda é considerado como norteador dos fluxos. A atual gestão possuía os dados publicados sobre ações anteriores, mas os relatos dos serviços evidenciam que ela não expressou ter contato com a experiência vivida pela gestão anterior, para possíveis esclarecimentos com antigos responsáveis e posterior monitoramento. Tal fato agravou-se com o advento da Pandemia do COVID em 2020, quando os focos de ação se transformaram, fato destacado por alguns entrevistados. Porém, mesmo antes e agora, após a fase crítica ter passado, observa-se ausência de movimento da gestão nessa linha de cuidado em rede, retornando as ações ao padrão do foco na contratualização. Alves et al. estudou os impactos da descontinuidade das Políticas Públicas de Saúde em cinco municípios de Pernambuco e concluiu que a troca no comando político suscita dúvidas e gera perdas da experiência deixando a interpretação de que,

quando se acaba o mandato, acaba junto a responsabilidade social da antiga gestão. Durante as entrevistas, algumas falas podem ajudar a entender o “problema” causado pela troca da gestão nessa linha específica. Destaca-se, assim, como a descontinuidade interfere no êxito de uma Política Pública.

Uma vez que é fundamentada no bem-estar social, a ação pública ao se descontinuar fere os princípios da administração pública, pois essa não pode ser pessoal, embora tenha surgido da ideia de um gestor público, não é sua propriedade (BRASIL ALVES, 2019).

Esses fatos evidenciam que o processo de gestão de rede no estado do Espírito Santo ainda é incipiente. A governança se limita à avaliação técnica inicial, com os contratos, definição de responsabilidades, desenho de fluxos. Porém, não são capacitadas ou monitoradas após essa fase. Estudos reforçam que no país ainda há pouquíssima experiência com a fase de monitoramento e avaliação, sendo necessária a capacitação não só dos pontos operacionais, mas também da gestão (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). Para tanto, urge investir na transição do modelo baseado na oferta para outro que entenda que essa oferta necessita responder às necessidades de saúde evidenciada por indicadores objetivos.

Faz-se necessário um exercício contínuo de trabalho em comitês e câmaras técnicas após a fase normativa, a fim de enfrentar os pontos de atritos, discutir os dados, rever os desenhos e responsabilidades, oficializar ou corrigir os fluxos informais ignorados na fase inicial. Importante aumentar a representatividade, incluindo a APS e usuários do sistema, para que identifiquem os nós críticos e elejam soluções. Essa mesma câmara pode e deve capilarizar os treinamentos, pois é conhecedora dos detalhes do funcionamento da rede e tem interesse em otimizar os resultados. A liderança precisa, assim ser capaz de gerar entre os entes da rede um sentimento para além do cumprimento de um contrato de metas, mas de transformação social.

CONCLUSÃO

Esse estudo reforça que ainda vivemos a subjetividade e imaturidade na gestão das políticas públicas. Alguns dos grandes desafios a serem superados no atual sistema são: a comunicação contínua entre os atores, a educação continuada, o monitoramento dos indicadores visando o resultado de transformação para o qual aquela política foi concebida e a ruptura entre os mandatos com a descontinuidade das ações públicas. É necessário compreender e enfrentar essas situações para o melhor desempenho da rede, uma vez que percebemos que sua implantação transcende a fase dos contratos e estabelecimentos de fluxos. É necessário que os acordos sejam encarnados no contexto operacional por uma liderança que assuma a responsabilidade e que gere entre os entes o verdadeiro compromisso com os resultados.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, JM et al. The direct and indirect costs of cardiovascular diseases in Brazil. PLOS ONE, v. 17, n. 12, p. e0278891, 22 dez. 2022.
2. Oliveira, GMM et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, p. 308–439, 28 set. 2020.
3. Souza, LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 911–918, jun. 2009.
4. Ouverney, AM. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Divulg. saúde debate, p. 12–22, 2008.
5. Mendes, EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados, v. 27, p. 27–34, 2013.
6. Secretaria de Saúde (Espírito Santo). Abordagem aos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas - Diretrizes Clínicas 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/S%C3%8DNDROME%20CORONARIANA%20AGUDA.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.
7. Denis J.; Champagne, F. Análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, ZA. (ed.). 1997. p. 49-88.
8. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks London- New Delhi: SAGE Publications, 2002.
9. Mendes, EV. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
10. Fleury, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 28, p. 446–455, dez. 2010.

11. Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S190–S198, 2004.
12. Brasil Alves, MDOCM. et al. Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em municípios pernambucanos. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI*, v. 6, n. 2, 3 dez. 2021.
13. Carvalho, ALBDE; Jesus, W L A DE; Senra, IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1155–1164, abr. 2017.

5.2 ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DAS FRAGILIDADES DA ESTRUTURA OPERACIONAL DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO

RESUMO

Esse estudo propõe-se a avaliar as fragilidades da estrutura operacional de uma importante linha de cuidado prioritária em saúde da Região Metropolitana de Vitória - ES, a linha do Infarto Agudo do Miocárdio. Constituída por diversos serviços com níveis de complexidade diversos, mas complementares, tal estrutura necessita de adequada conexão e integração para alcançar seus objetivos de transformação social.

Trata-se de uma avaliação de uma política pública de saúde estruturada em um estudo de caso único com níveis de análise imbricados em uma perspectiva qualitativa e exploratória no sentido de investigar como ocorre a intervenção (rede do IAM) no seu contexto, com foco na atuação da gestão sobre sua estrutura operacional.

Foram entrevistados 12 profissionais membros da Câmara Técnica do infarto agudo do miocárdio, entre gestores e membros dos diversos serviços da rede. Tais pessoas participaram da elaboração da Diretriz que orienta os fluxos da rede nessa região.

Observam-se fragilidades em todos os nós da estrutura, com destaque para a incapacidade diagnóstica no tempo adequado por parte das UPAs. Percebe-se como a falta de conexão dos serviços, influenciados por pressões diversas, influenciam nos processos decisórios e geram regras informais não definidas na Diretriz que normativa os fluxos. Tais fragilidades reforçam que ainda não há integração dos atores entre si e com o objeto da rede, mantendo cada uma sua interpretação do seu papel apenas. Conclui-se como é importante aprofundar a vivência do contexto dos entes envolvidos em uma rede, a fim de solucionar as fragilidades que interferem no êxito de uma Política Pública em Saúde.

Palavras-Chave: Redes de Atenção à Saúde, Infarto Agudo do Miocárdio, Sistemas de Saúde, Políticas Públicas em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to assess the weaknesses of the operational structure of an important line of priority health care in the Metropolitan Region of Vitória - ES, the Acute Myocardial Infarction line. Consisting of several services with different but complementary levels of complexity, such a structure needs adequate connection and integration to achieve its objectives of social transformation.

It is an evaluation of a public health policy structured in a single case study with overlapping levels of analysis in a qualitative and exploratory perspective in order to investigate how the intervention occurs (AMI network) in its context, focusing on the performance of management on its operational structure.

Twelve professional members of the Acute Myocardial Infarction Technical Chamber were interviewed, including managers and members of the various network services. Such people participated in the preparation of the Guideline that guides the flows of the network in this region.

Fragilities are observed in all nodes of the structure, with emphasis on the inability to diagnose in a timely manner on the part of the UPAs. It can be seen how the lack of connection between the services, influenced by different pressures, influence decision-making processes, and generate informal rules not defined in the Guideline that regulates the flows. Such weaknesses reinforce that there is still no integration of the actors among themselves and with the object of the network, each one maintaining their interpretation of their role only. It is concluded how important it is to deepen the experience of the context of the entities involved in a network, to solve the weaknesses that interfere with the success of a Public Health Policy.

Keywords: Health Care Networks, Acute Myocardial Infarction, Health Systems, Public Health Policies.

INTRODUÇÃO:

As Redes de Atenção às Urgências são estruturas que visam responder às necessidades das condições agudas de saúde de uma população. Com a publicação da portaria G/M n.1600/2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências Saúde (PNAU) foi reformulada, definindo suas linhas prioritárias: os cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico. Essas devem ser estabelecidas em cinco fases: fase do diagnóstico local da rede, fase do desenho da rede, fase da contratualização da rede, fase da qualificação dos componentes da rede, fase da certificação da rede. No Estado de Espírito Santo, a linha de cuidado prioritário cardiovascular iniciou-se com a linha de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de Vitória. Desde o início da fase diagnóstica, em 2017, foi constituída uma Câmara Técnica de Síndrome Coronariana Aguda coordenada pelos gestores da SESA e formada por atores sociais de diferentes serviços relacionados ao modelo de rede de condição aguda: UPAs, SAMU, Hospitais de referência com Centro de Hemodinâmica.

Essa estratégia segue a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RASs), que são formas de organização dos sistemas de saúde adaptadas aos moldes de produção econômica, funcionando no regime de economia de escala. Tal regime opera em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica devem ser distribuídos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

De acordo com MENDES (2011), as RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. O acesso é a capacidade desse regime de escala otimizar recursos, combinando concentração e dispersão por meio de sistemas de apoio em diferentes pontos de atenção respondendo às necessidades de saúde de uma determinada população. Assim, acesso é o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas. Dessa forma, o desenho das RASs faz-se combinando, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. Quando ocorrer conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso.

A estrutura operacional das RASs é constituída pelos lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, pelas ligações que os comunicam e pela governança. Tais componentes que estruturam operacionalmente uma RAS incluem: Atenção Primária à saúde como centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. O quinto, a governança, é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas, estão no papel da APS e na forma de regulação. O papel da APS difere nesses dois modelos. Enquanto no modelo dos crônicos essas unidades sejam as coordenadoras e os pontos de comunicação, no modelo dos agudos, onde o tempo é determinante, ela perde a função de coordenação dos fluxos, apesar de manter-se presente na rede. As urgências necessitam de um modelo de regulação que responda aos recursos necessários de imediato por meio de fluxos e contrafluxos bem definidos. Assim, um novo componente é inserido no sistema operacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que, de maneira geral, assume a regulação e liga os nós do sistema. Como nessas condições o tempo de acesso é crítico, não faz sentido transitar as pessoas pela APS até a resolução do risco iminente de morte.

Ainda MENDES (2011) explica que essa estrutura operacional precisa integrar-se e cooperar em seus diferentes níveis de complexidade. A integração vertical significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos eficientes. Por outro lado, quando na RASs a cooperação ocorre entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de gerar ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade chamamos de integração horizontal de serviços. Isso ocorre quando, por exemplo, dois hospitais

desempenham a mesma função e ocorre uma aliança estratégica para responder ao acesso dos usuários em uma rede.

Na governança em rede a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Tais tarefas necessitam de um arcabouço normativo que inclua os procedimentos que regulam o funcionamento e os processos decisórios dessas redes. Tais normas incluem as portarias, decretos, deliberações e Diretrizes Clínicas. Nesse estudo avaliaremos a relação da estrutura operacional da rede do infarto após implantação de uma Diretriz Clínica (de Síndromes Coronarianas Agudas) como tentativa de organizar a linha de cuidado na Região Metropolitana de Vitória (ESPIRITO SANTO, 2018).

Fluxo operacional da Rede de Infarto na Região Metropolitana de Vitória – ES:

A Diretriz é um produto da Câmara Técnica visando a fase do desenho da rede. De forma geral, a partir da dor torácica em um dos diversos níveis de atenção (domicílio, UBS, UPAs ou Hospital de Referência) o paciente deve ser classificado pelo protocolo de Manchester e estratificado quanto ao tipo de dor (definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa). É orientada a realização de ECG em até 10 minutos da admissão, assim como a administração da dose de ataque de Ácido Acetilsalicílico (AAS). Com esses dois dados (tipo de dor e ECG) ele deve ser classificado em Síndrome Coronariana Aguda com supra ST ou Síndrome Coronariana Aguda sem supra ST. O primeiro grupo é levado imediatamente pelo SAMU aos Hospitais de Referência contratualizados e regionalizados na sua área correspondente. O segundo grupo deve coletar o biomarcador troponina antes da tomada de decisão. Caso tenha troponina positiva ou se configure Angina Instável de risco moderado/alto (um dos dois casos), também é referenciado ao Hospital de Referência. Todo processo regulatório é realizado por contato da Unidade de origem com o SAMU por telefone. Cabe ao SAMU ser a ponte entre a origem e o destino, assim como realizar a decisão regulatória. Caso a origem seja o domicílio, o próprio SAMU realiza o primeiro atendimento

e faz a tomada de decisão. Vale ressaltar que, apesar de ser uma Diretriz Estadual, o SAMU só estava implantado na RMGV por ocasião da publicação da Diretriz.

Esse fluxo é regionalizado por cidade da RMGV a partir da sua origem diagnóstica. Dor torácica originada nas cidades de Serra e Vitória são encaminhadas, após regulação, ao HUCAM, situado em Vitória. Quando ocorre em Vila Velha são direcionadas ao Hospital Evangélico de Vila Velha. Já as cidades de Cariacica e Viana faz referência à Santa Casa de Misericórdia em Vitória. Após a publicação da Diretriz, em 2019, houve expansão do SAMU para outras cidades ao redor da RMGV (Guarapari, Aracruz, Ibraçu, Santa Teresa), e essas cidades foram distribuídas aos Hospitais de Referência da Região Metropolitana de Vitória, a saber: Guarapari para o Hospital Evangélico de Vila Velha, Aracruz, Ibraçu e Santa Teresa para o HUCAM. Tais referências são modificadas com frequência pela Gestor e podem ter ajustes após a presente publicação. A Diretriz pontua alguns indicadores para o gerenciamento da sua proposta: tempo entre a porta de entrada do primeiro ECG, tempo porta-agulha (para pacientes que fazem trombólise) ou porta balão (para os referenciados), tempo hospital-balão, mortalidade intra-hospitalar por IAM e mortalidade de 1 ano após o IAM. Os resultados esperados são a redução dos tempos de interpretação do ECG na chegada, a redução do tempo porta balão ou porta agulha e a mortalidade intra-hospitalar.

Outros estudos regionais na Rede de Infarto:

Recentemente, Caluza et al., (2012) e Marcolino et al., (2013), realizaram avaliação da implantação da linha de cuidado do IAM em São Paulo e em Belo Horizonte respectivamente. O foco de tais estudos foram o impacto na mortalidade hospitalar concluindo que a rede organizada em fluxos permitiu maior acesso da população ao tratamento adequado e, conseqüentemente, redução na mortalidade hospitalar por IAM. Tal conclusão reforça a importância da rede, mas ainda não aprofunda a relação política, os processos de gestão dos resultados e o contexto dessa complexa estrutura. Considerando o impacto dos agravos agudos cardiovasculares e a recente implantação dessa política no Estado do Espírito Santo torna-se importante um estudo que aprofunde esse cenário por meio dos próprios atores dessa estrutura.

METODOLOGIA

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma avaliação da implantação de uma política pública de saúde estruturada em um estudo de caso único com níveis de análise imbricados (Denis; Champagne, 1997) em uma perspectiva qualitativa e exploratória.

O estudo se propôs a avaliar a implantação da intervenção (Rede de IAM) no sentido de investigar como ocorre a intervenção no seu contexto.

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, que contempla os maiores municípios do estado: Vitória, Vila Velha, Serra, Viana e Cariacica.

População do Estudo

A avaliação da implantação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, em seus componentes de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, compreendeu as perspectivas dos seguintes atores sociais que participaram da construção da Diretriz e, na ocasião, possuíam as seguintes funções estratégicas no seu serviço:

- Responsável Estadual pela Câmara Técnica do IAM (Gestor da SESA), que é a instância macropolítica de gestão da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência;
- Responsável técnico (Gestor da SESA) da elaboração da Diretriz.
- Coordenação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Médico Regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Coordenação de enfermagem do Pronto Socorro do HUCAM/UFES (Hospital de Referência).
- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)

- Médica rotina da Cardiologia do HUCAM/UFES (Hospital de Referência)
- Coordenador da cardiologia do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médico da Hemodinâmica do Hospital Evangélico de Vila Velha (Hospital de Referência).
- Médico responsável pela cardiologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia (Hospital de Referência).
- Enfermeira coordenadora da UPA da Praia do Suá – Vitória - ES.
- Médica coordenadora da UPA de Carapina - Serra – ES.

Estes sujeitos foram escolhidos de forma intencional. O pesquisador principal tem experiência profissional na estruturação da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência e conhece em detalhes seu funcionamento. Com base nessa experiência prévia, identificamos os sujeitos com maior potencial de contribuição com informações e saberes pertinentes ao objetivo do trabalho.

Produção das informações do estudo

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, iniciando o diálogo com os entrevistados com questões mais abrangentes que tratem da atuação do profissional na rede, sendo posteriormente mais direcionada aos objetivos citados no estudo.

O roteiro das entrevistas contemplou a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, raça/etnia, escolaridade, categoria profissional) do sujeito da pesquisa e questões relacionadas às opiniões do sujeito sobre a implantação da rede de atenção em questão.

Assim, sugeriu-se uma proposta de roteiro para guiar a entrevista, sempre aberta à imprevisibilidade do método e dos encontros com os sujeitos da pesquisa:

- Qual a sua visão sobre a implementação da Rede de Urgência e Emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória? Fale sobre sua experiência profissional nesta rede.

- Você já atuava na atenção aos pacientes com IAM antes da implantação da Rede? Se sim, como você avalia os efeitos desta rede na RMGV, comparando com o momento anterior a sua existência? Se não, como você analisa a implantação da rede na RMGV?
- Quais são, na sua opinião, os maiores problemas na implantação da rede de atenção ao IAM na RMGV? E quais são os principais pontos positivos? Resultados já alcançados e ainda por alcançar.
- Você tem conhecimento de monitoramento dos resultados esperados pela rede por parte da Gestão Estadual? Se sim, quais resultados você teve acesso?
- Na sua opinião, qual é o impacto da estruturação desta rede de atenção no acesso aos serviços de maior complexidade no tempo oportuno para o tratamento? Você observa alguma diferença de acesso entre diferentes perfis de pacientes (gênero, raça/etnia, idade, local de moradia, serviço de origem)?
- Fale um pouco da sua visão a respeito da articulação entre a gestão da SESA e os serviços de diversas complexidades (UPAs, SAMU e Hospitais de Referência) que participam da Rede de Urgência e emergência do Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de Vitória.
- Como você enxerga a divisão territorial das referências entre os serviços de menor e maior complexidade na Região Metropolitana (UPAs e Hospitais de Referência)?
- Você recebeu treinamento a respeito dos fluxos definidos pela Câmara Técnica do Infarto e publicado como Diretriz pela SESA no ano de 2018? Se recebeu, sente segurança? Percebe adequação ao contexto do dia a dia?
- No período após a implantação da rede, você percebe algum ponto importante do fluxo da Rede do Infarto que foi ignorado na fase de planejamento?
- Você acredita que as normas dos fluxos correspondam com a realidade do dia a dia dos serviços envolvidos?
- Nesses dois anos você percebeu algum movimento por parte dos Gestores de avaliação dos fluxos a partir da prática da sua execução?
- Você tem alguma sugestão para a melhoria do impacto da Rede na atenção ao IAM?

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal do estudo com hora marcada em encontro online via plataforma Microsoft Teams®. Este procedimento ocorreu em decorrência das medidas de biossegurança em vigência para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Em meio virtual, o entrevistador permaneceu sozinho na sala de reunião da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) e o entrevistado no local de sua decisão. Todo o processo foi conduzido de forma a garantir sigilo e privacidade. As entrevistas estão gravadas após autorização dos participantes e concordância verbal ou assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Em termos reflexivos, interessa saber que o pesquisador principal é do gênero masculino, branco, médico cardiologista, chefe do Setor de Paciente Crítico de um dos Hospitais de Referência (HUCAM/UFES) e membro da Câmara Técnica do IAM da SESA representando o seu serviço. Por isso, participa ativamente da estruturação dessa Rede de Atenção desde o início das discussões no âmbito da SESA em 2010 e colaborou com a formulação das Diretrizes Clínicas de abordagem ao paciente com síndrome coronariana aguda que norteiam o cuidado nesta Rede de Atenção publicada em 2018. Dada a relativa homogeneidade no perfil dos sujeitos entrevistados, acredita-se que o perfil do pesquisador principal não vai impactar negativamente na riqueza das entrevistas e na relação estabelecida com as pessoas durante o processo de pesquisa.

As entrevistas foram transcritas in verbatim pelo pesquisador principal, compondo o corpus de pesquisa. A análise qualitativa dos dados se deu pela Análise Temática de Conteúdo, que consiste na leitura exaustiva das transcrições, diários de campo e relatórios de pesquisa, de onde se originarão temas, categorias recorrentes e núcleos temáticos que permitirão a análise em profundidade do material com a formulação de categorias analíticas.

Por fim, é importante destacar que se trata de uma pesquisa avaliativa com forte ênfase qualitativa na produção do conhecimento, contando com a participação de diversos atores relacionados não apenas à política avaliada em si, mas aos contextos nos quais ocorre a implantação (academia, municípios, estado, serviços). Interessa entender a complexidade da implantação de uma experiência em nível metropolitano e para isso importa estar aberto a perceber

particularidades locais e dos serviços que poderão lançar luz sobre os desafios encontrados pelos sujeitos da pesquisa. Como diz Patton (apud IBRAHIM, 2012), importa compreender como variações no processo de implantação de determinado programa a partir de seus contextos locais podem influenciar os resultados obtidos. Buscou-se, ainda conforme Patton, não apenas uma análise da eficácia do programa em alcançar seus objetivos primários, mas acima de tudo compreender os fatores explicativos para os resultados observados.

RESULTADOS

O perfil dos entrevistados por ocasião da publicação da Diretriz, com cargo, função na Câmara Técnica, formação, sexo e idade atual é apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1: Perfil dos entrevistados

Cargo	Função na Câmara Técnica	Formação	Sexo	Idade atual
Gestor 1	Referência Técnica cardiovascular na rede de doenças crônicas e rede de urgência e emergência da SESA	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica com Doutorado em Medicina.	Masculino	51 anos
Gestor 2:	Coordenadora do Núcleo Especial de Atenção às Condições Agudas em Saúde da SESA.	Assistente Social com pós-graduação em Auditoria em Serviços de Saúde e em Psicodrama organizacional. Possui MBA em Gestão Executiva em Saúde.	Feminino	53 anos
Médico 1 do SAMU	Representante do SAMU - Coordenadora médica do SAMU 192 ES	Médica pediatra com Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento	Feminino	45 anos
Médico 2 do SAMU	Representante do SAMU - Regulador do SAMU 192 ES	Médico supervisor de regulação e da gestão da qualidade no SAMU 192 ES. Auditor/Consultor e Instrutor do Sistema Manchester de Classificação de Risco pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Especialista em ESF pela UFES/PMV em 2011.	Masculino	42 anos
Coordenadora da UPA de Carapina	Representante Médica das UPAs	Graduada em Medicina. Residência em Clínica Médica.	Feminino	45 anos

Coordenadora da UPA da Praia do Suá	Representante das coordenações das UPAs	Enfermeira especialista em Vigilância em Saúde e Gestão de Serviços do SUS	Feminino	46 anos
Médico 1 do HUCAM	Representante da cardiologia do HUCAM/UFES	Médica cardiologista com pós-graduação em preceptoria médica, rotina cardiológica do Pronto Socorro do HUCAM/UFES.	Feminino	40 anos
Médico 2 do HUCAM	Representante do Pronto Socorro do HUCAM/UFES	Médica nefrologista com pós-graduação em preceptoria médica, rotina clínica do Pronto Socorro do HUCAM/UFES	Feminino	37 anos
Enfermeira coordenadora do HUCAM	Representante da enfermagem dos Hospitais de Referência.	Enfermeira especialista em Urgência e Emergência e Coordenadora da enfermagem do Pronto Socorro do HUCAM/UFES.	Feminino	44 anos
Médico 1 do Hospital Evangélico de Vila Velha	Representante do Hospital Evangélico de Vila Velha	Médico cardiologista e coordenador da Cardiologia do Hospital Evangélico de Vila Velha.	Masculino	38 anos
Médico 2 do Hospital Evangélico de Vila Velha	Representante do Hospital Evangélico de Vila Velha	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica.	Masculino	40 anos
Médico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia	Representante do Hospital da Santa Casa de Misericórdia	Médico cardiologista especialista em Hemodinâmica. Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e Doutorado em Medicina.	Masculino	41 anos

Após análise das gravações das entrevistas, foram observados os seguintes padrões de temas recorrentes (tabela 1):

Tabela 2: Temas recorrentes nas entrevistas

Temas identificados		Entrevistados											
		G1	M1H1	EH	S1	M2H1	M1H2	S2	M2H2	M1H3	UM	G2	UC
1	Rotatividade de médicos UPA e SAMU impactando homogeneidade de conduta	x			x			x			x		x
2	Ausência de treinamento das equipes assistenciais que compõe rede do infarto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Nó crítico pré-Hospitalar: Atraso no diagnóstico inicial do infarto nas UPAS	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x
4	Naturezas diferentes nos vínculos profissionais gerando níveis baixos de dedicação e comprometimento com as redes.	x									x	x	x
5	Níveis de formação diferentes entre profissionais na rede	x								x		x	x
6	Não adesão às orientações de trombólise na ausência de tempo para angioplastia.		x	x			x		x	x		x	
7	Atraso no diagnóstico inicial do infarto nas UPAS por não fazer o ECG em 10 minutos		x	x			x			x	x		x
8	Falta de preparo dos profissionais das UPAs e SAMU		x	x	x		x			x	x	x	x
9	Pressão no sistema - lotação, influenciando mudanças dos fluxos acordados.		x	x	x		x	x	x	x			
10	Regras informais: Interconsulta no processo regulatório, não descrito na diretriz		x			x	x			x			
11	SAMU não respeitando os fluxos descritos em momentos de pressão no sistema.		x	x			x			x			
12	Incapacidade da Santa Casa de atender as referências pactuadas.		x		x	x	x	x	x				
13	Telemedicina como oportunidade no processo regulatório para auxiliar as fragilidades DX;		x				x		x				
14	Excelente tempo porta-balão dos Hospitais		x			x	x		x	x			
15	Problema dos Hospitais: insuficiência de UTI		x	x	x			x	x		x		
16	Impacto do fechamento do PS na Lotação		x	x	x	x		x			x		
17	Ausência da implantação das orientações enquanto rotina do serviço por parte dos médicos das UPAS									x	x	x	x
18	Sobrecarga hospitalar por fragilidade da Atenção Primária (antes e após internação)			x								x	
19	Sugestão: Usar o ICEPI para Educação continuada para o pré-hospitalar	x										x	

Legenda: G1 (Gestor 1 da SESA), G2 (Gestor 2 da SESA), S1 (Médico 1 do SAMU), S2 (Médico 2 do SAMU), U1 (Médico de uma UPA), UC (Coordenadora da UPA), M1H1 (Médico 1 do Hospital 1), M2H1 (Médico 2 do Hospital 1), EH! (Enfermeira coordenadora do Hospital 1), M1H2 (Médico 1 do Hospital 2), M2H2 (Médico 2 do Hospital 2) e MH3 (Médico do Hospital 3).

Observa-se nesses temas a visão dos atores sobre a rede da linha de cuidado do infarto no contexto de sua operacionalização no dia a dia.

1- A fragilidade das UPAs

Nota-se por quase todos os entrevistados a percepção das dificuldades na ponta, no primeiro contato do paciente com a rede por meio das UPAs. Embora reconheçam que os Hospitais de Referência têm condições de realizar o cateterismo e angioplastia dentro dos tempos preconizados pela literatura e pela Diretriz da SESA, existe a percepção de que grande parte desses pacientes tem acesso ao recurso com atraso diagnóstico. As orientações de se realizar o ECG em 10 minutos não são seguidas, de forma geral, permanecendo o paciente com dor sem diagnóstico nessas unidades por muito tempo. Após a realização do ECG, sua interpretação também prejudica a decisão. Muitas vezes espera-se o resultado do biomarcador troponina para casos em que não é necessário. O resultado é que, mesmo com a reperfusão, há sequelas devido atrasos. Seguem relato de um dos profissionais dos hospitais.

“O grande problema está no primeiro atendimento. Nas UPAS, sabemos que a diretriz orienta ECG em 10 minutos e isso não acontece. Sinto que há atraso de atendimento e ausência de cobrança para que isso funcione... O paciente evolui com sequelas e esse gargalo está nas UPAs porque os Hospitais têm protocolo próprio e são cobrados internamente. O atraso no diagnóstico nas UPAS leva a ausência do diagnóstico precoce, o que trava todo o processo. E quando se faz o atendimento não se sabe interpretar.” (Médico de um dos Hospitais de Referência).

Esse primeiro momento, da entrada do paciente na rede e acesso aos recursos dos Hospitais, é determinado basicamente pela UPA e SAMU em sua relação e comunicação. Os gestores da SESA, SAMU e UPAs avaliam que há baixo comprometimento dos profissionais da ponta com os fluxos e protocolos estabelecidos. Há dificuldade de monitorar as UPAs pelas naturezas diversas de gestão, mesmo dentro de um mesmo município. Alguns fatores são elencados para a baixa adesão às orientações: alta rotatividade de profissionais, falta de treinamento (elemento consensual entre os entrevistados), níveis baixos de formação elementar e as naturezas diversas de vínculos profissionais (contratos instáveis, por organização social gestora do serviço em meio a alguns concursados pelo município):

“Por exemplo, fui fazer visita nas UPAs da Serra, cidade da qual o HUCAM é referência. Tem UPA em que os funcionários são da prefeitura, uns concursados e outros temporários. Tem uma outra upa que é mais recente que é terceirizada e quem administra é uma firma que venceu a licitação, é a firma que contrata, é firma que faz exame... você percebe que o tipo de médico é diferente. Com tipos de emprego e de recursos diferentes temos um desafio a mais pois além de dinheiro, além de gente, ainda tem a formalização que é diferente. Então a gente escreve na diretriz, olha em Vitória e diz que a troponina tem que ser a quantitativa e não qualitativa, mas você chega lá nessa UPA e recebe a resposta: ih doutor porque aqui nosso contrato já está fechado, então para botar isso aí que você está querendo precisamos de um valor a mais no contrato com ela (UPA), temos que fazer outro... A outra UPA que é do município é mais fácil porque tem um laboratório próprio. É tudo muito heterogêneo para gerir.” (Gestor da SESA)

2- A pressão do sistema interferindo nos fluxos

Os profissionais dos Hospitais têm a impressão de que esses serviços da porta e regulação possuem o foco na regulação dos pacientes, no sentido de encontrar critérios de transferência, mas não se comprometem com os desfechos finais, cujo fator tempo de ação é determinante. Existe a influência da pressão do sistema, lotação. Algumas vezes se realiza um excesso de diagnóstico, com transferência de casos não urgentes, mas com a finalidade de resolver o crônico problema de lotação das UPAs. Usa-se a rede criada para atender as especificidades da linha de cuidado com objetivo regulatório apenas.

“Quanto ao SAMU, cai muito na subjetividade, falta objetividade na avaliação, principalmente no infarto sem supra, trazem pacientes apenas porque elevou troponina sem perfil estabelecido e com comorbidades não avaliadas.”

Por outro lado, essa pressão é transferida aos Hospitais, que, com insuficiência de vagas de terapia intensiva bloqueiam a entrada dos pacientes em alguns momentos chave. O regulador da urgência, SAMU, percebe esse processo de pressão entre os serviços de origem e fim, relatando o fechamento dos Prontos Socorros da alta complexidade como recorrentes. Tais fechamentos são mais relatados na Santa Casa e no HUCAM que possuem poucos leitos de UTI. Os entrevistados estão certos de que esse sistema sobrecarregado influencia os processos decisórios. Há uma percepção de que a Santa Casa, de maneira especial, está sobrecarregada e selecionaria mais os casos de acordo com suas condições no momento.

“Nossa maior dificuldade (SAMU): não ter vaga, pronto socorro está fechado! Se quiser eu dou o nome e sobrenome da colega que sempre faz isso. E isso acontece nas três referências, mas a maior resistência ainda é a Santa Casa porque continuou com perfil clínico e

não dá conta do cardiológico. Outra coisa, toda regulação têm que consultar o hemodinamicista que só aceita um supra clássico. Então a gente tentava a outra referência que estava mais vazia, que possuía um leito com monitor com tudo completinho para ele em termos de assistência, mas esbarrávamos em outra dificuldade: o serviço falava que não era a sua referência. Nossa saída era a vaga zero, que põe o paciente em risco. A gente não quer fazer, mas por vezes é uma necessidade de acesso ao recurso quando você não tem nenhum, é a última alternativa entendeu?”

3- Regras informais ignoradas na construção dos fluxos

Os Hospitais, por sua vez, sentem-se pressionados pelos processos de transferência pois são contactados diuturnamente para avaliar os casos, realizando um tipo informal de regulação formativa. Tais fluxos não são formalizados na Diretriz, mas ocorrem de costume. O SAMU não apenas comunica a regulação baseada nos critérios da Diretriz, mas discute os casos, pede avaliação dos eletrocardiogramas. Grande parte desses casos são em pacientes sem dor torácica. Percebem, assim, um desejo das portas de entrada de transferir pacientes e de auxiliar nos diagnósticos. Tal impressão pode sobrecarregar e prejudicar o foco dos cuidados naqueles que realmente tem necessidade de utilizar os recursos dessa linha conforme reforça esse profissional:

“SAMU hoje pediu avaliação de um paciente do PA de Viana com dor torácica há 4 dias e três troponinas, sendo duas normais a última elevada. Nunca sabemos se eles estão pedindo para ajudarmos na avaliação ou pedindo vaga. Casos malpassados, avaliação do ECG por fotos de qualidade ruim, o tempo todo... Posso te mandar três casos de agora. Esse processo atrasa o acesso dos supradados e gera entrada de casos que não precisam, gerando bloqueio por lotação. É nosso papel dar parecer ao

SAMU?”

4- Ausência do entendimento do conceito tempo resposta, com foco apenas no processo regulatório

Os profissionais entrevistados acreditam que a rede se perdeu em seu objetivo transformador de desfecho do infarto, permanecendo apenas seu papel regulatório. Os cardiologistas entrevistados sentem falta da inclusão mais robusta da trombólise por parte do pré-hospitalar, acreditando que houve certa acomodação em transferir para centros de hemodinâmica, mas que isso não ocorre no tempo preconizado. Acreditam que por diversas

ocasiões (indisponibilidade da hemodinâmica, atraso das ambulâncias) a porta de entrada deveria utilizar esse recurso visando o tempo resposta, mesmo que depois acontecesse a transferência ao Hospital.

Os profissionais coordenadores das UPAs alegam total desconhecimento e interesse dos médicos e enfermeiros da possibilidade do uso do trombolítico e concordam que o foco do profissional da ponta é garantir a transferência pois consideram não ter recursos para conduzir esses casos.

“Os profissionais daqui não sabem, desconhecem que sequer existe a Diretriz. Eles apenas sabem que infarto vai para o Hospital com facilidade. Eles são inseguros e ao perceber a possibilidade desse paciente ser conduzido por algum ponto com mais recursos e experiência preferem acionar o SAMU.” (Coordenadora de uma das UPAs).

Alguns profissionais pensam que essa fragilidade diagnóstica da ponta poderia ser minimizada com um apoio técnico da telessaúde. Porém, dizem que essa sugestão não foi aproveitada por questões de custos.

“Eu cansei de falar que só resolveremos se alguém ajudar os médicos dos PAs a fazerem o diagnóstico. Se não acontecer isso morreremos na praia com todos os nossos recursos pois os pacientes vão continuar chegando fora do tempo. Mas acharam inviável, porém tem que fazer uma avaliação da economia que teremos por evitar insuficiência cardíaca, medicamentos, internações, leitos. Mas só querem esvaziar os PAs...”

Um dos gestores da SESA, por sua vez, acredita que o caminho é o treinamento contínuo da ponta e observa que com a criação do ICEPi (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde) há uma possibilidade de tornar tal medida continuamente.

5- Fragilidade interna dos Hospitais de Referência

Dentro dos Hospitais existe atrito entre sua porta, o Pronto Socorro e as hemodinâmicas. Algumas vezes os profissionais da hemodinâmica não priorizam os pacientes da urgência e focam nos casos marcados eletivamente. Comunicam suas dificuldades colocando toda a responsabilidade de aceite sobre o profissional do Pronto Socorro, que não tem segurança de assistir o paciente sem o apoio do recurso mais importante para esse momento, segundo uma médica do Pronto Socorro de um dos hospitais de referência.

“Temos dificuldades internas sim. A hemodinâmica não tem o senso de urgência que nós do Pronto Socorro temos, colocam barreiras, duvidam da nossa capacidade de avaliação e colocam pacientes estáveis na mesa, enquanto instáveis ficam aguardando na sala vermelha”.

6- Falta de integração com a Atenção Primária

Por fim, os gestores se ressentem da ausência da participação das lideranças da Atenção Primária à Saúde. Relatam que foram exaustivamente convidados, mas não aderiram. Na percepção dos gestores houve pouco interesse por tratar-se de um assunto da urgência, pois ainda se enxergam fora do processo, uma vez que as UPAs assumem a porta de entrada na maioria das vezes.

“Fico muito triste por eles (APS) não se perceberem parte do processo porque são, mas nesse ponto não obtive sucesso. Se fosse retomar a Câmara Técnica esse seria meu ponto de melhoria, porque eles precisam entender que podem atender esses pacientes e que eles retornarão depois para continuarem os cuidados.”

DISCUSSÃO

Observa-se que a formação de uma rede de atenção à saúde, por incluir serviços de naturezas e complexidades diferentes requer uma habilidade que vai além da capacidade de oferta de procedimentos especializados, mas inclui um exercício contínuo de aprofundamento do contexto local em que essa rede é implantada, na visão dos seus atores sociais constituintes da estrutura operacional.

A rede estudada possui um adequado arcabouço normativo, a Diretriz publicada em 2018, que define bem os fluxos e sua estrutura operacional. Porém, essa é apenas uma das dimensões constitutivas de uma rede que precisa, para além de uma linha guia, definir seus mecanismos de integração e conectividade (AMARAL; BOSI, 2017).

Percebe-se que os serviços possuem entendimentos diversos a respeito da sua conectividade, com objetivos e expectativas diferentes que favorecem regras informais nos contatos feitos por telefone e e-mail que, muitas vezes, são vias de atrito e ruptura de parceria. Santos et al., (2017) sugere que as redes possuam formas materiais claras de se conectar, de maneira a permitir a fluidez dos fluxos. Os diferentes tipos de relação entre serviços têm condicionalidades diferentes que devem ser analisadas individualmente, incluindo os efeitos dessa conectividade, o que é produzido (ou não) a partir dos fluxos estabelecidos.

Como a ponta possui fragilidade em diagnósticos complexos como o infarto (UPA e SAMU) e as referências que podem estabelecer esses diagnósticos se percebem não responsáveis por esse momento, a estrutura organizacional permanece com um vazio de conexão. Caluza et al., (2012), ao estudar a rede de infarto em São Paulo, adiciona um elemento à estrutura operacional que preenche esse vazio incluindo uma unidade de especialistas na central de Telessaúde constituída por uma Equipe de Cardiologistas. Essa, inclusive, é uma sugestão de alguns entrevistados, para otimizar tempo e minimizar atritos. Em São Paulo a conexão das ambulâncias aos serviços especializados ocorre por meio de um apoio técnico diagnóstico em uma estrutura externa aos hospitais, reduzindo o viés que esses têm ao definir os fluxos em meio à sua pressão. Tal experiência proporcionou, segundo autor, adequado acesso no tempo necessário para intervenção.

Além da conectividade, a articulação e integração da rede de infarto dessa região também precisam ser revistos. Ainda se observa que cada serviço se fixa no escopo da sua responsabilidade, carecendo de comprometer-se com objeto de trabalho que vai além da responsabilidade individual de um serviço, o objeto da rede como um todo (NAKATA et al., 2020). É nítido que os atores precisam se enxergar no escopo mais abrangente, em simultaneidade com as interfaces da integração, como defende Mendes (2011). Nesse cenário há nessa rede a fragilidade no processo de funcionamento de colegiados Inter gestores, como a Câmara Técnica que deixou de se reunir após a publicação da Diretriz. Existe aí mais um vazio, o do espaço de integração governado por uma “autoridade” regional que gere nas unidades operacionais a visão do objeto da rede, estimulando o processo de planejamento regional calcado em necessidades de saúde locais (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). Tal vazio favorece a emergência de conflitos que comprometem a rede.

Alguns estudos que avaliam as Redes de Urgência demonstram certa imaturidade de gestão e coordenação, pois apesar de pactuações de suas ações, elas ainda não conseguem minimizar as grandes dificuldades de coordenação nem diminuir a distância entre o planejamento e a execução do serviço. Isto porque o caminho é permeado por regras informais ignoradas no planejamento inicial. Acostumada a operar por níveis de complexidade, a prática

clínica deve se reorganizar para atender aos novos imperativos do modelo de RAS no qual o enfrentamento da fragmentação da atenção e, portanto, a continuidade, a integração e a coordenação do cuidado são centrais.

Observa-se, também, nessa linha de cuidado, como a fragilidade das UPAs é um fator que fragiliza todo seu funcionamento e necessita ser aprofundada. Alguns estudos desse tipo apontam que a falta de integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) com a rede de urgência estadual afeta diretamente a resolutividade das mesmas (UCHIMURA et al., 2015).

A diferença da natureza de gestão nessa região, em especial com o advento das Organizações Sociais como principais contratantes, gera problemas de seleção e fixação dos profissionais, com a predominância de jovens pouco experientes onde a regra é a rotatividade. Tal forma de organização reforça a visão da UPA como trabalho temporário, onde é muito difícil estabelecer a visão do objeto de trabalho em rede. Essa modalidade confere vantajosa flexibilidade de gestão, mas fragiliza o sentimento de pertença e vínculo, tão necessários na formação de rede. O impacto dessa gestão na estratégias das redes foi destacada em recente estudo no Rio de Janeiro (MACHADO et al., 2016) que concluiu que as limitações de formação e as dificuldades de fixação de profissionais podem ter implicações para a qualidade do cuidado e continuidade da atenção, diante da natureza dos atendimentos de urgência e da fragilidade de instrumentos de articulação das UPA com outros serviços da rede.

Nota-se, por fim, a ausência da APS na vida operacional dessa rede. A Diretriz define seu fluxo tanto de entrada (na presença de dor torácica) quanto nos critérios de retorno às Unidades de Atenção Primária. Porém tais fluxos não foram pactuados com os gestores municipais e, provavelmente, não são conhecidos. Não se pode desvencilhar os modelos de cuidados dos crônicos do cuidado dos agudos, uma vez que a fragilidade de um compromete o outro como diz MENDES (2011), ao entender que a APS deve retirar dos Hospitais terciários os casos menos graves (de classificação “azuis e verdes”) e atender bem as condições crônicas para não gerar retorno aos serviços de urgência por conta de má assistência e acesso.

CONCLUSÃO

Observa-se nesse artigo que, na Região Metropolitana de Vitória -ES, o processo de implantação da rede do infarto passou pela fase do diagnóstico local, do desenho e da contratualização, não evoluindo para as fases de qualificação dos componentes da rede e de certificação. Todos os atores veem que existe uma estrutura hierárquica capaz de responder à demanda, mas os processos de trabalho são fatores que precisam ser rediscutidos e realinhados. Assim, reforça-se a importância da escuta dos atores para a implantação de uma rede de atenção à saúde, que extrapola seu momento contratual e normativo necessitando de uma avaliação do seu contexto em meio à sua estrutura operacional.

Não basta definir papéis hierarquizados e regionalizados a uma população adscrita, mas é necessário criar estruturas de conexão dos nós, mantendo os atores integrados na visão do resultado aos usuários. Percebemos que as fragilidades de conexão, integração de todos os atores e a qualificação da porta de entrada são fragilidades determinantes no processo de implantação dessa rede na linha de cuidado prioritária do infarto agudo do miocárdio na Região Metropolitana de Vitória – ES e. A partir dessa percepção se faz necessária a retomada do exercício de organização em comitês com participação de todos os entes envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). 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). Brasília, 2011.
2. World Health Organization – Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization, 2001.
3. Mendes, EV. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
4. Secretaria de Saúde (Espírito Santo). Abordagem aos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas - Diretrizes Clínicas 2018. Disponível em:<<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/S%C3%8DNDROME%20CORONARIANA%20AGUDA.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.
5. Caluza, ACV et al. Rede de infarto com supra desnivelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, p. 1040–1048, nov. 2012.
6. Marcolino, MS et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.100, p. 307-314, jan. 2013.
7. Denis, J.; Champagne, F. Análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, ZA. (ed.). 1997. p. 49-88.
8. Patton, MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks London- New Delhi: SAGE Publications, 2002.

9. Amaral, CEM.; Bosi, MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 424–434, jun. 2017.
10. Santos, CM et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00052816, 12 jun. 2017.
11. Nakata, LC et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190154, 2020.
12. Carvalho, A L B; Jesus, WLA, Senra, IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1155–1164, abr. 2017.
13. Uchimura, LYT et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015
14. Machado, CV et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 23 fev. 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação da rede de atenção ao infarto agudo do miocárdio, enquanto linha de cuidado, responde a uma agenda política coerente com o que se evidencia nos indicadores de saúde dentro do contexto da transição epidemiológica no Brasil. Tal coerência é reforçada pela orientação do Ministério da Saúde para os estados e municípios ao definir essa rede entre as linhas prioritárias. Diante do ciclo das Políticas Públicas, portando, ocorreu na Região Metropolitana de Vitória, no Estado do Espírito Santo, o reconhecimento do problema e uma boa proposta de solução, por meio da formulação de uma decisão política, a Diretriz das Síndromes Coronarianas Agudas, que envolveu diversos atores sociais do cotidiano dessa linha.

Entretanto, esse estudo evidencia que, após a proposta de solução, houve falha no processo de implementação, ou seja, a solução ainda não foi efetivada. A política implantada não foi monitorada e capilarizada, assim, a rede ainda não é certificada como resposta que justifique o investimento das fases iniciais.

Notamos que se trata de mais um exemplo de um potencial de resposta às necessidades em saúde não concretizado, em especial, pela descontinuidade das Políticas Públicas no SUS, evidenciando a fragilidade da gestão, mesmo quando há estrutura que teoricamente responda a essas demandas.

Ainda, evidencia-se a importância de se aprofundar o contexto dos entes envolvidos, das instituições e atores, enquanto estrutura operacional, atuando em suas fragilidades e envolvendo-os na melhoria dos processos de trabalho. Como são de naturezas diversas, tanto na gestão quanto na complexidade do serviço ofertado, integrar a rede no sentido do seu objeto maior, para além do seu papel contratualizado, é essencial para ela se concretize em seu objetivo, transformando de fato os indicadores dos quais é tida como resposta.

7 REFERÊNCIAS DO ESTUDO

ALBUQUERQUE, T. I. P.; SÁ, R. M. P. F.; ARAÚJO JÚNIOR, J. A. C. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. ***Saúde e Sociedade***, v. 26, p. 424–434, jun. 2017.

ARAÚJO, J. M. DE et al. The direct and indirect costs of cardiovascular diseases in Brazil. ***PLOS ONE***, v. 17, n. 12, p. e0278891, 22 dez. 2022.

BRASIL. ALVES, M. DO C. M. et al. Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em municípios pernambucanos. ***Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI***, v. 6, n. 2, 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília, 2011.

CALUZA, A. C. V. et al. Rede de infarto com supradesnivelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. ***Arquivos Brasileiros de Cardiologia***, v. 99, p. 1040–1048, nov. 2012.

CARVALHO, A. L. B. DE; JESUS, W. L. A. DE; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 22, p. 1155–1164, abr. 2017.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, ZA. (ed.). 1997. p. 49-88.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472–485, jun. 2015.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Abordagem aos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas - Diretrizes Clínicas 2018. Disponível em:<<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/S%C3%8DNDROME%20CORONARIANA%20AGUDA.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 446–455, dez. 2010.

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

MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 23 fev. 2016.

MARCOLINO, M.S et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.100, p. 307-314, jan. 2013.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, p. 27–34, 2013.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

NAKATA, L. C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190154, 2020.

OLIVEIRA, G. M. M. DE et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 308–439, 28 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/ OMS, 2010.

OUPERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulg. saúde debate**, p. 12–22, 2008.

PATTON, M.Q. Qualitative research and evaluation methods. Thousands Oaks London- New Delhi: SAGE Publications, 2002.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, fev. 1981.

RONDINELLI, D. A. – Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

SANTOS, C. M. DOS et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00052816, 12 jun. 2017.

SHORTELL, S. M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Hospital & Health Services Administration**, v. 38, n. 4, p. 447–466, 1993.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 13, n. 5, p. 46–64, 1994.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SOUZA, L. E. P. F. DE. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 911–918, jun. 2009.

SOUZA, L.K. 2019. “Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 71 (2): 51–67. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S27–S43, out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Informações sociodemográficas

Sexo:

Idade:

Raça/etnia (autodeclarada): 1 – Branca; 2 – Negra; 3 – Amarela; 4 – Parda; 5 – Indígena.

Escolaridade: 1 – Inferior a ensino superior completo; 2 – Ensino superior completo; 3 – Mestrado / Doutorado.

Categoria profissional:

Questões disparadoras:

- Qual a sua visão sobre a implementação da rede de urgência e emergência do infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de vitória? Fale sobre sua experiência profissional nesta rede.

- Você já atuava na atenção aos pacientes com iam antes da implantação da rede? Se sim, como você avalia os efeitos desta rede na RMGV, comparando com o momento anterior a sua existência? Se não, como você analisa a implantação da rede na RMGV?

- Quais são, na sua opinião, os maiores problemas na implantação da rede de atenção ao iam na RMGV? E quais são os principais pontos positivos? Resultados já alcançados e ainda por alcançar.

- Você tem conhecimento de monitoramento dos resultados esperados pela rede por parte da gestão estadual? Se sim, quais resultados você teve acesso?

- Na sua opinião, qual é o impacto da estruturação desta rede de atenção no acesso aos serviços de maior complexidade no tempo oportuno para o tratamento? Você observa alguma diferença de acesso entre diferentes perfis de pacientes (gênero, raça/etnia, idade, local de moradia, serviço de origem)?

- Fale um pouco da sua visão a respeito da articulação entre a gestão da SESA e os serviços de diversas complexidades (UPAs, SAMU e hospitais de

referência) que participam da rede de urgência e emergência do infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de vitória.

- Como você enxerga a divisão territorial das referências entre os serviços de menor e maior complexidade na região metropolitana (upas e hospitais de referência)?

- Você recebeu treinamento a respeito dos fluxos definidos pela câmara técnica do infarto e publicado como diretriz pela SESA no ano de 2018? Se recebeu, sente segurança? Percebe adequação ao contexto do dia a dia?

- No período após a implantação da rede, você percebe algum ponto importante do fluxo da rede do infarto que foi ignorado na fase de planejamento?

- Você acredita que as normas dos fluxos correspondam com a realidade do dia a dia dos serviços envolvidos?

- Nesses dois anos você percebeu algum movimento por parte dos gestores de avaliação dos fluxos a partir da prática da sua execução?

- Como você enxerga a regulação do SAMU entre os serviços? Quais são as principais dificuldades observadas em relação à articulação entre o SAMU, UPAs e hospitais de referência?

- Você tem alguma sugestão para a melhoria do impacto da rede na atenção ao IAM?

ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO.**”, sob a responsabilidade do médico Leandro Rua Ribeiro.

JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa contribui prover informação otimizando a intervenção da Linha de Cuidado prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio (objetivo formativo), contribuindo no planejamento da intervenção (objetivo estratégico) por meio de processos da avaliação para auxiliar o gestor a definir se a intervenção deve ser mantida, interrompida ou transformada (objetivo somativo) visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador). Dessa forma, irá favorecer o progresso dos conhecimentos teóricos das estratégias das Redes de Atenção à saúde, em especial na Linha de Cuidado do Infarto (objetivo fundamental).

OBJETIVO DA PESQUISA

Este estudo tem o objetivo de avaliar os princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Vitória, identificando os “nós críticos” da Gestão entre a governança e os serviços envolvidos na Rede de Urgência e Emergência do Infarto. Irá propor à Câmara Técnica do Infarto da SESA estratégias que favoreçam a equidade do acesso dos pacientes que se beneficiam dos recursos do Hospital de Referência em Cardiologia.

PROCEDIMENTOS

Você está convidado a participar de uma entrevista a ser realizada por um entrevistador preparado. Essa entrevista será realizada em ambiente virtual. A entrevista segue um roteiro de fácil compreensão. Esta pesquisa não aborda aspectos de cunho pessoal. Fique à vontade para se negar a responder alguma pergunta que julgue mais sensível para você.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A entrevista ocorrerá em ambiente virtual e você poderá estar em local de sua preferência e em horário de sua escolha. O entrevistador estará em uma sala do

HUCAM sozinho. Sua privacidade será mantida e nenhuma informação pessoal sua será divulgada. A duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

Os Riscos aos participantes da pesquisa são mínimos, restritos a um possível desconforto com as questões presentes no roteiro da entrevista ou receio de exposição de dados pessoais. Não haverá qualquer risco à sua integridade física ou psicológica. É garantido pleno sigilo e privacidade sobre os dados compartilhados. O ambiente da entrevista será adequado a esta garantia. O entrevistador estará em sala reservada e sozinho com você. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS

O resultado imediato esperado deste estudo é a compreensão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em especial na Linha de Cuidado do Infarto. De imediato, tais achados poderão impactar positivamente na organização e adequação dos modelos de atenção de Urgência de Emergência ao darem subsídios para gestores e demais grupos de interesse. Reduzir desigualdades em saúde é objetivo prioritário do SUS. Ou seja, nossa expectativa é que os resultados do trabalho ajudem a melhorar os serviços de saúde, o que vai beneficiar direta e indiretamente a qualidade e a facilidade de você e a população obterem o que precisam.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que **não** sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados nesta pesquisa.

RESSARCIMENTO DE CUSTOS ORIUNDOS DA PESQUISA E INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa não vai gerar qualquer tipo de custo ou vantagem financeira a você. Os instrumentos de pesquisa serão aplicados de forma compatível com suas atividades cotidianas, não havendo necessidade de deslocamento do participante. Além disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o pesquisador Leandro Rua Ribeiro, nos telefones (27) 3335-7008 e (27) 998107673 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. Caso não consiga contatar o pesquisador ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do HUCAM pelo telefone (27) 3335-7092 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador por via eletrônica.

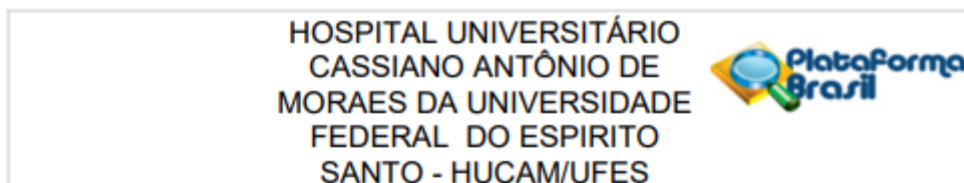
Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **“AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO.”**, eu Leandro Rua Ribeiro declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Local: _____, Data:

Participante da pesquisa

Leandro Rua Ribeiro

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: LEANDRO RUA RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53282221.3.0000.5071

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAES-HUCAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.421.819

Apresentação do Projeto:

Após a publicação em 2018 pela SESA das Diretrizes Clínicas de abordagem ao paciente com síndrome coronariana aguda tal política entrou em fase de implantação, envolvendo serviços de naturezas diversas que integram a Rede de Atenção à Saúde. O atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) depende de articulação em tempo específico, assim como acesso a recursos que variam em complexidade e que envolvem interpretação técnica, transporte e comunicação entre os entes envolvidos. Esses foram definidos pela diretriz e hierarquizados conforme sua complexidade de recursos e atuação nos pontos da rede, assim como regionalizados com grades de referências baseadas em localização geográfica e presença de recursos humanos, estruturais e tecnológicos que atendam a essa necessidade. Assim a proposta do estudo é realizar um estudo de natureza qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com integrantes dos diversos serviços envolvidos na Rede de Atenção à Saúde com enfoque para serviço de Urgência com um desenho específico para o IAM (infarto agudo do miocárdio).

A análise qualitativa dos dados se dará por meio da análise temática de conteúdo das entrevistas aplicadas aos sujeitos do estudo.

O estudo será desenvolvido na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, que contempla

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355	CEP: 29.043-900
Bairro: Santos Dumont	
UF: ES Município: VITORIA	
Telefone: (27)3335-7092	E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.421.819

os maiores municípios do estado: Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica. Tendo como população do estudo:

- Responsável Estadual pela Câmara Técnica do IAM (Gestor da SESA), que é a instância macropolítica de gestão da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência;
- Coordenação geral e um ou mais médicos reguladores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende a região;
- Coordenação geral e um ou mais médicos de uma ou mais Unidades de Pronto Atendimento da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo;
- Coordenação geral e um ou mais médicos que atuam no serviço de Urgência dos Hospitais de Referência em IAM da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, a saber: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Hospital Evangélico de Vila Velha e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo autor:

Objetivo Primário:

Avaliar os princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização da Linha de Cuidado Prioritário ao Infarto Agudo do Miocárdio da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Vitória.

Objetivo Secundário:

- Identificar os "nós críticos" da Gestão entre a governança e os serviços envolvidos na Rede de Urgência e Emergência do Infarto. - Propor à Câmara Técnica do Infarto da SESA estratégias que favoreçam a equidade do acesso dos pacientes que se beneficiam dos recursos do Hospital de Referência em Cardiologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo autor:

Riscos:

Os riscos aos participantes da pesquisa são mínimos. Quando presentes, devem estar restritos a desconforto com alguma pergunta da entrevista, medo de exposição das informações discutidas

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.421.819

na entrevista ou quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo. Contudo, será garantido pleno sigilo e privacidade sobre as informações e relatos compartilhados. Não haverá risco à integridade física ou psicológica do sujeito da pesquisa e toda a ambientação e organização das entrevistas online (ou presenciais, quando possível) será pensada neste sentido. Por outro lado, o participante poderá interromper sua entrevista a qualquer momento.

Benefícios:

- Prover informação para otimizar a intervenção da Rede de Urgência do IAM (objetivo formativo).
- Contribuir no planejamento da intervenção (objetivo estratégico).
- Utilizar os processos da avaliação para auxiliar o gestor a definir se a intervenção deve ser mantida, interrompida ou transformada (objetivo somativo) visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador).
- Contribuir para o progresso dos conhecimentos teóricos das estratégias das Redes de Atenção à saúde (objetivo fundamental).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa exequível, de caráter acadêmico, realizada como requisito para titulação no curso de pós graduação em saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram feitas as correções sugeridas no parecer anterior na folha de rosto, adequando o número de participantes de pesquisa ao referido nas informações básicas à PB; no TCLE corrigindo procedimentos e incluindo a entrevista com dados sociodemográficos.

Foi também incluída carta de anuência da SESA-ES gestora de serviços de saúde coparticipantes.

Recomendações:

Aprovação do projeto pois foram feitas as correções solicitadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.421.819

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1801168.pdf	06/05/2022 11:35:57		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_sesa.pdf	06/05/2022 11:30:52	LEANDRO RUA RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_rubrica.docx	06/05/2022 11:24:13	LEANDRO RUA RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	06/05/2022 11:05:05	LEANDRO RUA RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_2.pdf	06/05/2022 11:01:26	LEANDRO RUA RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaHUCAM.pdf	15/11/2021 10:37:30	LEANDRO RUA RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 20 de Maio de 2022

Assinado por:
Fernando Luiz Torres Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br