


A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura


Urgent and emergency care networks in Brazil: an integrative review

Luís Fernando Nogueira Tofani^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1092-2450>


E-mail: luis.tofani@gmail.com

Lumena Almeida Castro Furtado^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7897-9739>


E-mail: lumenafurtado@gmail.com

Rosemarie Andreazza^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3332-2183>


E-mail: rbac48@gmail.com

André Luiz Bigal^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1020-2629>


E-mail: andrebigal@gmail.com

Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4407-6379>


E-mail: deizefeliciano@gmail.com

Gabriela Rodrigues da Silva^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9378-4219>

E-mail: gabriela.rodrigues.15@gmail.com

Arthur Chioro^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342>

E-mail: arthur.chioro@unifesp.br

^aUniversidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Laboratório de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi proposta enquanto política pública com a finalidade de articular e integrar os serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando e qualificando o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência em saúde de forma ágil e oportuna. Este estudo tem como objetivo analisar a produção científica sobre a política da RUE no Brasil e elaborar sínteses demonstrando seus limites e desafios. Utilizou-se como método a revisão integrativa de literatura, a partir da busca de artigos nas bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE e de dissertações e teses na plataforma virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A pesquisa possibilitou a análise de 34 estudos do campo da saúde coletiva, com enfoque nos diferentes serviços de urgência e a integração entre eles, incluindo possíveis transformações no processo de cuidado em saúde e distintas estratégias de avaliação, por meio de diferentes abordagens, principalmente qualitativas. São observadas fragilidades na articulação em rede, com manutenção da centralidade do componente hospitalar e o poder de seu capital simbólico, ficando a Atenção Básica relegada ao campo discursivo.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Serviços de Saúde; Emergência; Política de Saúde.

Correspondência

Luís Fernando Nogueira Tofani

Rua Botucatu, 740, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil.

CEP 04023-062

Abstract

The Urgent and Emergency Care Network (RUE) was proposed in Brazil as a public policy aiming at articulating and integrating the health services of the Brazilian National Health System (SUS), expanding and qualifying the access of users in urgency and emergency health situations in an agile and timely manner. This study aims to analyze the scientific production on the RUE in Brazil and to elaborate summaries showing the limits and challenges of this health policy. An integrative literature review was used as a method, based on the search for articles in the LILACS, SciELO, and MEDLINE databases and for dissertations and theses on the virtual platform of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The investigation enabled the analysis of 34 studies in the field of collective health, focusing on the different emergency services and the integration between them, including possible changes in the health care process and different evaluation strategies, by using different approaches, mainly qualitative. Weaknesses are observed in the network articulation, maintaining the centrality of hospital services and the power of its symbolic capital, with primary care being relegated to the discursive field.

Keywords: Health Care; Health Services; Emergency; Health Policy.

Introdução

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passou a ter como modelo, a partir de 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta proposta foi preconizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), baseada no referencial das Redes Integradas de Serviços de Saúde (Riss), e vem sendo implantada como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde (Opas, 2010), principalmente nos países em processo de transição demográfica e epidemiológica onde predominam condições e agravos crônicos (Mendes, 2010). Instituída como política pública no país, as RAS são definidas como um modelo poliárquico de sistema constituído por diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, com o objetivo de se obterem melhores resultados epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2017).

Desta forma, a indução efetuada pelo Ministério da Saúde para implantação das RAS enquanto política pública representou uma nova fase para a estruturação do SUS. Os objetivos expressos na política incluíam a garantia da integralidade e a produção de mudanças no cuidado à saúde através de redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (Brasil, 2014).

A RUE foi proposta com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de saúde de forma ágil e oportuna. São definidos como seus componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (Brasil, 2011). Nos últimos anos, avanços têm sido alcançados na implementação da RUE, com alguns resultados relevantes. Entretanto, há muito a ser aprimorado e uma série de dificuldades a serem

superadas para se engendram novos arranjos de gestão e governança para as redes e novas práticas assistenciais que resultem em uma nova cultura institucional na saúde (Jorge et al., 2014).

Considerando a relevância da política da RUE, é significativa a contribuição de estudos que buscam organizar, sintetizar e divulgar as pesquisas na área visando a melhor entendimento do tema. Com isso, será possível subsidiar e motivar a realização de novas investigações, promover mais visibilidade à produção científica acerca da RUE e apoiar os processos de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde no SUS. Este estudo tem o objetivo de analisar a produção científica sobre a política de RUE no Brasil e elaborar sínteses sobre seus limites e desafios.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura e parte de uma análise documental referente à produção do conhecimento sobre a política pública da RUE. A revisão integrativa de literatura é um método composto por seis fases, rigorosamente seguidas no desenvolvimento desta pesquisa: (1) estabelecimento do problema central da revisão e elaboração da questão norteadora; (2) seleção dos estudos; (3) categorização dos estudos e definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; (4) análise do material selecionado;

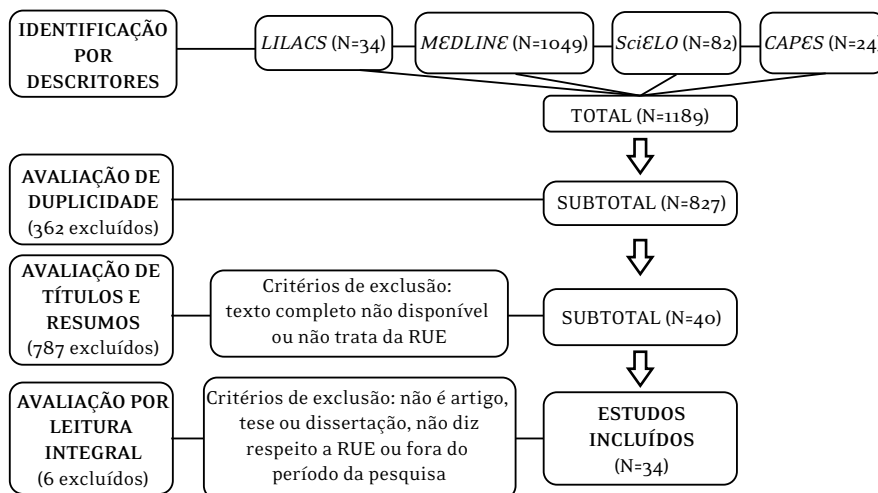
(5) interpretação dos resultados; e (6) síntese do conhecimento evidenciado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para elaboração desta revisão de literatura, inicialmente definiu-se a questão central da pesquisa: quais os resultados das pesquisas sobre a RUE a partir de sua implementação?

Para identificação dos estudos que compuseram a revisão, realizou-se a busca online de artigos nas bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE. Pesquisaram-se também dissertações e teses disponíveis na plataforma virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação. Foram empregados os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) “Redes de Urgência e Emergência” e “Redes + Serviços de Urgência”.

O universo do estudo foi constituído por 16 artigos científicos, 18 dissertações e seis teses referentes à temática investigada; destes, 34 constituíram a amostra. O processo de seleção dos estudos (Figura 1) foi realizado em três etapas: (1) eliminação de duplicidades; (2) leitura de títulos e resumos; e (3) leitura dos textos na íntegra. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: publicações disponíveis na íntegra, publicados ou produzidos no período de 2011 a 2020 nas modalidades artigo científico, dissertação ou tese. Já os critérios de exclusão foram: duplicidade e estudos que não abordam diretamente a temática da RUE.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de estudos sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências



A partir da leitura dos estudos, realizou-se a categorização pelos diferentes componentes da RUE para análise dos resultados e discussão. A fim de sistematizar a coleta de dados, foi elaborada uma matriz e os resultados foram organizados em tabelas e quadros para melhor visualização do material incluído na pesquisa.

Resultados e discussão

A pesquisa possibilitou a análise de 34 estudos do campo da saúde coletiva sobre a temática da RUE. Observa-se que nove estudos abordaram aspectos gerais da RUE. Dentre os componentes abordados, a maior parte dos estudos foi sobre hospitais (11 estudos), UPA 24h (8) e Samu 192 (5). Para Atenção Básica e Atenção Domiciliar, foi identificada apenas uma pesquisa para cada. Não foram encontrados estudos sobre Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Sala de Estabilização e Força Nacional de Saúde do SUS. Quanto à modalidade dos estudos, observa-se maior

frequência do tema em dissertações de mestrado (17), tendo sido identificadas ainda seis teses de doutorado e 11 artigos publicados em revistas científicas. Quanto ao tipo de estudo, foram identificadas nove pesquisas de caráter avaliativo, seis estudos de caso e 13 investigações com abordagens qualitativas diversas, incluindo análise documental, cartografia, pesquisa-ação e projeto de intervenção, entre outros. Também foram identificados quatro estudos com abordagem mista (quali-quantitativos) e duas pesquisas desenvolvidas através de métodos quantitativos.

Os enfoques dos estudos a respeito das RUE são apresentados a seguir e discutidos por componente, de acordo com a categorização definida.

A política de Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Foram identificados nove estudos, incluindo artigos, teses e dissertações, com abordagem geral sobre a RUE, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos gerais sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências segundo título, modalidade/ano da publicação e objetivos

Rede de Atenção às Urgências e Emergências		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica.	Artigo, 2014	Este artigo descreve e analisa o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) nas regiões de saúde brasileiras, buscando identificar os fatores facilitadores e dificultadores da sua efetivação, de modo a contribuir com a avaliação desta política.
Análise do Processo de Implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.	Dissertação, 2014	A pesquisa teve o objetivo de analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada, procurando identificar as práticas desenvolvidas, correlacionando-as com o Plano de Ação Estadual e delimitando os fatores que facilitaram ou comprometeram a implantação.
Análise da Governança na Saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região do Médio Paraíba-RJ	Dissertação, 2015	O estudo teve por objetivos: identificar os atores envolvidos, suas interações e suas influências no processo decisório da RUE; analisar o arcabouço legal que norteia o processo decisório da RUE; analisar a dinâmica dos espaços de processo decisório da RUE (Grupo Condutor Estadual da RUE e Comissão Intergestores Regional da Região do Médio Paraíba – CIR-MP); e identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para a organização da RUE.

continua...

Quadro 1 – Continuação

Rede de Atenção às Urgências e Emergências		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Rede de Urgência e Emergência: um Estudo de Caso na Região Coração do Estado de São Paulo	Dissertação, 2017	O estudo se propôs a analisar as transformações da implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na Região Coração, no estado de São Paulo, bem como os desafios e as conquistas da RUE na referida região, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a implementação da RUE.
Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina e a Educação	Dissertação, 2017	Esta dissertação trata de analisar o papel da educação na implantação da Política de Redes de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina.
Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana.	Artigo, 2018	Este artigo analisa a implementação da Rede de Urgência e Emergências, seus arranjos interfederativos regionais de pactuação e gestão de políticas, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011-2016.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza	Tese, 2018	A investigação teve como objetivo analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza.
Representações Sociais de Gestores e Trabalhadores sobre a Rede de Atenção às Urgências	Dissertação, 2018	Esta pesquisa teve como objetivo: analisar as representações sociais de gestores e trabalhadores dos serviços de saúde da região ampliada de saúde centro sul de Minas Gerais sobre a rede de urgência e emergência.
A Construção e Governança da Rede de Atenção às Urgências na Região Oeste do Paraná: um Estudo de Caso	Tese, 2018	Analisar o papel das Comissões Intergestores Regionais da 10 e 20 Regionais de Saúde do Paraná (CIR 10 e 20 RS-PR) na construção e governança da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) para o território.

Jorge et al. (2014), em artigo publicado pela equipe responsável pela formulação da RUE no Ministério da Saúde, realizaram a avaliação de sua implementação em nível nacional sob o enfoque da gestão e governança. Para os autores, os nós críticos a serem enfrentados são: o baixo protagonismo das secretarias estaduais de saúde na coordenação do processo de planejamento e implementação da RUE; a fragilidade do componente regulação; a baixa capacidade de gestão dos recursos financeiros pelos entes federativos; processos insuficientes de monitoramento e avaliação; a inadequação dos sistemas de informação; e a ausência de planos de educação permanente para implantação dos dispositivos de qualificação clínica e de gestão nos Planos de Ação Regionais.

Outros estudos analisam o planejamento e a implementação da RUE mediante diferentes

enfoques, em regiões de saúde dos estados do Ceará, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo, considerando as diferentes características regionais.

Para Teixeira (2014), apesar do investimento político e financeiro para a implantação da RUE, essa estratégia não logrou contornar os graves problemas de integração entre as unidades de saúde na Região Metropolitana de Fortaleza (CE). Além disso, ficaram evidentes a baixa capacidade da Atenção Básica em Saúde como ordenadora do cuidado, o nó crítico do financiamento e a fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e as gerências dos serviços.

Alguns estudos tiveram como objeto a governança regional para planejamento e implementação da RUE. Padilha et al. (2018) revelaram a insuficiência dos instrumentos políticos e de arranjos de coordenação

desenvolvidos pela implementação da RUE na Região Metropolitana de São Paulo. Para Costa (2015), os espaços intergestores do Grupo Condutor Estadual da RUE e da Comissão Intergestores Regional (CIR) na região do Médio Paraíba estão muito aquém do que se propõem, necessitando avançar na cultura de elaboração de projetos regionais que realmente considerem as especificidades locais.

Na Região de Saúde Oeste do Paraná, para Griep (2018), a despeito dos avanços observados, a atuação da CIR se deu na fase de implantação e implementação da RUE, predominando o planejamento normativo com forte indução central, desencadeado a partir da edição de normas jurídicas que promovem reações em ondas junto à Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e CIR. Pereira (2017), ao realizar estudo de caso em Região de Saúde no interior do estado de São Paulo, destaca, dentre os elementos que movem a RUE, a importância de encontros sistemáticos entre os representantes dos equipamentos constituintes e a gestão dos municípios da região, a criação do fórum de regulação, além de ferramentas de gestão que contribuem na organização do cuidado nas portas de entrada hospitalares.

Na Região de Saúde Fortaleza, Morais (2018) observou que a implantação do conjunto dos componentes da RUE não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário, sobretudo pela ênfase na estruturação a partir de recursos físicos em detrimento de aspectos condicionantes ao funcionamento em rede. Panzera (2014), ao realizar entrevistas com trabalhadores, gestores e usuários da RUE na Região Grande Oeste de Santa Catarina, identificou

a descontinuidade, fragmentação e fragilidade na coordenação do cuidado aos usuários e propôs ações de educação permanente em saúde que fortaleçam a rede.

Ao estudar a representação social da RUE para gestores e trabalhadores de um município de Minas Gerais, Resende (2018) evidenciou a percepção de que a RUE garante uma otimização da assistência, e, neste sentido, quando feita de forma participativa, emerge o sentimento de satisfação nos profissionais integrantes do processo ao se reconhecerem como membros participantes das decisões.

Assim, os investimentos nos processos de integração, governança regional e qualificação do cuidado em saúde apresentam-se como necessidades para sua efetiva implementação na RUE e a garantia de seus objetivos.

A Atenção Básica e Domiciliar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

O componente Atenção Básica na RUE tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e o primeiro cuidado às urgências e emergências até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário (Brasil, 2011). Já o componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que reorganiza o processo de trabalho das equipes na Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2011).

A pesquisa constatou baixa produção científica sobre esses componentes da RUE, tendo sido identificado apenas um estudo para cada um deles, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos estudos sobre a Atenção Básica e a Internação Domiciliar segundo título, modalidade/ano da publicação e objetivos

Atenção Básica		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Conhecimento Teórico de Profissionais Atuantes na Estratégia de Saúde da Família sobre Condutas em Urgência e Emergência	Dissertação, 2016	A presente pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar o conhecimento teórico de profissionais atuantes na ESF de Campo Grande-MS, sobre condutas em urgência e emergência.

continua...

Quadro 2 – Continuação

Internação Domiciliar		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Cartografia do Processo de Cuidado num Serviço De Atenção Domiciliar	Tese, 2017	O objetivo principal desta pesquisa foi conhecer o processo de cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de um município de médio porte no Estado de São Paulo como componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Observa-se que, em ambas as pesquisas, o enfoque foi o cuidado em saúde, havendo em seus resultados e conclusões indicações para a necessidade de mais articulações em rede. No caso da Atenção Básica, a autora avaliou o conhecimento teórico dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família de um município sobre condutas em urgência e emergência, evidenciando diferenças entre categorias profissionais e linhas de cuidado, indicando que processos de formação podem minimizar a morbimortalidade e colaborar para a diminuição da demanda excessiva nas portas de entrada de outros níveis de atenção, tornando a RUE mais efetiva e a Atenção Básica mais resolutiva (Crispim, 2016).

Já Pozzoli (2017), ao estudar o processo de cuidado em um serviço de Atenção Domiciliar, observou

que se trata de um modelo de atenção inovador se assumido pelo sistema de saúde com suficientes recursos humanos, materiais, equipamentos, transporte e sistema de informação ágil e flexível, sugerindo que a assistência seja integrada entre os profissionais com os outros pontos da rede.

A atenção pré-hospitalar: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidade de Pronto Atendimento

A atenção pré-hospitalar na RUE é constituída por dois componentes: Samu 192 e UPA 24h. Nesta pesquisa, foram identificados 12 estudos sobre a atenção pré-hospitalar na RUE, sendo quatro estudos sobre o Samu 192, sete sobre a UPA 24h e um que abordou ambos os componentes, conforme detalhado no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos estudos sobre atenção pré-hospitalar segundo título, modalidade/ano da publicação e objetivos

Samu 192		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Regulação Médica de Urgências na Região do Médio Paraíba: uma Proposta para Avaliação da Implantação do Serviço	Dissertação, 2012	O presente trabalho tem como objeto o desenvolvimento de uma proposta para avaliação da implantação da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU) vinculada ao Serviço de Atenção Móvel às Urgências da região do Médio Paraíba (Samu 192 – MP).
Diretriz de Integração do Samu com os Componentes APS e UPA na Rede de Urgência e Emergência: Pesquisa-Ação	Dissertação, 2017	O objetivo geral é construir uma diretriz que incorpore estratégias viáveis para fortalecer a integração do Samu com componentes APS e UPA na RUE.
O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais	Artigo, 2017	Este artigo tem por objetivo analisar o processo de implantação da urgência pré-hospitalar móvel no Brasil, identificando: as regras e recursos que facilitaram a implantação; os elementos dificultadores e facilitadores neste processo; a influência dos agentes dos diferentes entes federativos na implantação destes serviços; a proposta de expansão dos Samus.

continua...

Quadro 3 – Continuação

Samu 192		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Governança do Componente Pré-Hospitalar Móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde no Estado do Paraná	Dissertação, 2018	Esta pesquisa tem a Central de Regulação do Samu-192 como objeto de estudo e objetiva avaliar a governança do componente pré-hospitalar móvel da RUE.
Samu 192 e UPA 24h		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Certificação em ACLS na Rede de Atenção Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência - Proposta de Intervenção no Samu e UPA CIC em Curitiba	Dissertação, 2017	Este trabalho de conclusão de mestrado trata de um projeto de intervenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo a certificação em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) mais conhecido com a sigla em inglês ACLS, em um Distrito Sanitário (DS) na cidade de Curitiba-PR.
UPA 24h		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil.	Artigo, 2012	O presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento da região metropolitana do Recife, considerando as seguintes questões: Quais são os componentes fundamentais para o funcionamento dessas Unidades? Quais os critérios e indicadores considerados importantes pelos interessados na intervenção na realização de uma futura avaliação? Quais as áreas da intervenção que precisam ser avaliadas?
Atenção às Urgências: a Integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA 24h) com a Rede Assistencial no Município do Rio de Janeiro	Dissertação, 2013	Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de integração das UPA 24h na rede assistencial do município do Rio de Janeiro, procurando discutir as implicações dessa estratégia na reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde.
Práticas Gerenciais em Unidades de Pronto Atendimento no Contexto das Redes de Atenção à Saúde	Artigo, 2014	Este estudo objetivou analisar as práticas gerenciais em Unidade de Pronto Atendimento no contexto da Rede de Atenção à Saúde.
As Unidades de Pronto Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências	Artigo, 2015	O objetivo do estudo foi analisar as portarias ministeriais que regulamentaram a criação das UPAs, procurando compreender seu padrão de implantação.
Unidade de Pronto Atendimento: o Cuidado ao Usuário	Dissertação, 2016	O objetivo do presente estudo foi analisar os cuidados recebidos na UPA de acordo com a percepção dos usuários, a fim de buscar uma compreensão abrangente da dinâmica de desejos dos mesmos e da constituição da RUE.
Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros	Artigo, 2017	Conhecer a percepção de médicos e enfermeiros atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sobre o Cuidado Centrado na Família (CCF).
Atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade De Pronto-Atendimento: Proposta de Comunicação para Coordenação do Cuidado	Dissertação, 2018	Identificar os pontos de fragilidade e potencialidade na comunicação entre serviços de Urgência e Emergência e a Atenção Primária à Saúde a partir da análise das condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

O Samu 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (Brasil, 2011).

Em estudo realizado no Samu 192 do município do Rio de Janeiro, Dias (2012) avalia a atuação da Central de Regulação como importante estratégia para mitigar demandas desnecessárias nas portas hospitalares e, também, como ferramenta de defesa dos cidadãos, garantindo acesso ao meio adequado a suas necessidades. Já Assis (2018) observa que, apesar de a Central de Regulação do Samu 192 de uma Região de Saúde do estado do Paraná atender à normatização, sua operacionalização nem sempre ocorre conforme o estabelecido, apresentando fragilidades e potencialidades em seu sistema de governança, como a inefetividade dos comitês gestores locais e regionais; ausência de sistema informatizado para localização de leitos disponíveis, veículos de transporte e grades de pactuações de referências hospitalares; ordenação interinstitucional inexistente com a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros; e déficit de profissionais médicos. Como potencialidades, aponta o vínculo empregatício da equipe por meio de regime jurídico único com baixa rotatividade dos profissionais e a designação de autoridade sanitária ao médico regulador.

Enquanto propostas de intervenção identificadas, ambas no município de Curitiba (PR), Nagai (2017) constrói diretrizes para integração do Samu 192 com a Atenção Básica e UPA 24h através de uma pesquisa-ação, e Luz (2017) propõe a certificação em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (*Advanced Cardiovascular Life Support - ACLS*) para os profissionais que atuam no Samu 192 e UPA 24h como projeto de intervenção. Para Nagai (2017), uma das expectativas sobre o Samu 192 é a integração que esse serviço pode proporcionar à RUE, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade no momento mais oportuno para o atendimento do usuário. Já para Luz (2017), por meio da certificação em ACLS das equipes espera-se aprimorar os processos de trabalho nas urgências onde são necessários esses conhecimentos.

Em estudo realizado com o objetivo de analisar o processo de implantação da urgência pré-hospitalar móvel no Brasil, O'Dwyer et al. (2017), utilizando a Teoria da Estruturação de Giddens, evidenciaram uma implantação desigual do Samu 192 entre estados e regiões, além de problemas estruturais como a dificuldade na fixação de médicos, centrais de regulação mal equipadas e escassez de ambulâncias, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas.

As UPA 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre os serviços de Atenção Básica e a rede hospitalar, compondo com estes uma rede organizada de atenção às urgências que deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e cirúrgica, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamentos a serviços hospitalares de maior complexidade (Brasil, 2011).

Silva et al. (2012), ao proporem um instrumento para avaliação das UPA 24h da Região Metropolitana do Recife através do modelo lógico e mediante a formulação de consenso, estruturaram uma matriz de critérios e indicadores composta por três níveis de análise: assistência à saúde (atendimento de urgência e procedimentos diagnósticos), integração interinstitucional (atuação complementar à Atenção Básica, Samu 192, unidades de apoio diagnóstico-terapêutico e unidades hospitalares) e gestão (administrativa, financeira e de qualidade).

Na dimensão da assistência à saúde, Araújo (2016), ao entrevistar usuários de UPA 24h na região de Araraquara (SP), observou que os participantes se mostraram satisfeitos com os cuidados recebidos, mas destaca que o acesso é desorganizado nos serviços de saúde e não existe coordenação do cuidado, o que compromete a longitudinalidade e a integralidade da atenção. Notou, também, que os participantes fizeram os caminhos ou os itinerários terapêuticos que conseguiram ou que lhes convinha, tendo, muitas vezes, uma barreira no acolhimento, perpetuando um modelo hegemônico médico-centrado de serviço de saúde pautado em queixa-conduta.

Barreto et al. (2017), ao estudarem a percepção de profissionais que atuam em duas unidades emergenciais na região Sul do Brasil sobre o Cuidado Centrado na Família (CCF), identificaram que, para médicos e enfermeiros brasileiros atuantes em UPA 24h, o CCF ainda é pouco conhecido de maneira formal, o que acarretou percepções dedutivas e superficiais acerca do tema. De modo geral, os entrevistados acreditavam que o CCF se relacionava a envolver a presença da família no espaço de cuidado ao paciente. Foi possível verificar que os profissionais consideram difícil a implementação do CCF nas UPA 24h, entretanto, alguns relatos denotam a importância da manutenção do contato entre paciente e familiares nesses contextos, apresentando sugestões relativas à expansão dos horários e oportunidades de visita.

Quanto à dimensão da integração com outros pontos de atenção, Konder (2013), ao estudar as UPA 24h do município do Rio de Janeiro (RJ), observou pouca integração entre elas e os demais componentes da RUE, apesar do forte investimento político e financeiro para implantação e expansão dessas unidades. A estratégia não logrou contornar os graves problemas de integração na rede assistencial, podendo, ao contrário, gerar mais fragmentação.

Em estudo documental de abrangência nacional sobre a implantação das UPA 24h, Konder e O'Dwyer (2015) observam que a significativa adesão das unidades da federação explica sua ampla legitimação enquanto modalidade de estruturação, alcançada por essa política, permitindo rápida expansão e enorme aporte de recursos. O padrão de implantação das UPA 24h foi de expansão acelerada, sem efetiva organização em rede, projetando suspeita de uma reprodução do modelo tradicional de pronto-socorros. Já em um estudo sobre os atendimentos em UPA 24h da região do município de São Paulo (SP) a usuários acometidos por condições sensíveis à atenção primária, Lima (2017) identifica a estratégia de referenciamento de usuários com doenças crônicas para continuidade do cuidado na Atenção Básica como importante estratégia de integração assistencial.

Em relação às práticas gerenciais nas UPA 24h, Von Randown et al. (2014) identificaram singularidades no município de Belo Horizonte (MG) que contribuem para efetivação do modelo assistencial estruturado a partir das RAS. Como ações dos gerentes das

UPA 24h, destaca a articulação com as redes de atenção à saúde nos contextos micro e macro-organizacionais, a gestão de pessoas, conflitos, fluxo de indivíduos atendidos, além do planejamento, avaliação e gestão dos serviços de saúde, constituindo uma atividade densa e complexa.

A estruturação da atenção pré-hospitalar na RUE tem como apostas a possibilidade de redução da superlotação das portas hospitalares e a integração da rede assistencial. Tanto a UPA 24h quanto o Samu 192 podem contribuir para estes resultados a depender dos arranjos e dispositivos de regulação e coordenação do cuidado implantados nos territórios e serviços, pois apenas construir um novo serviço pode manter a fragmentação da rede e o modelo assistencial centrado na queixa-conduta, sem impacto importante na qualidade e integralidade do cuidado.

O componente hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

O componente hospitalar na RUE é constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (Brasil, 2011). Nesta pesquisa, foram identificados 11 estudos sobre o componente hospitalar, conforme descrito no Quadro 4.

Ao analisar a implantação do componente hospitalar da RUE no país, Oliveira (2017) observou que o eixo das portas de entrada atingiu nível satisfatório (entre 70,8 e 83,8%) e os eixos de enfermaria clínica de retaguarda e de leitos de terapia intensiva atingiram grau pleno de implantação (>90%). Destaca que a classificação de risco não foi implantada satisfatoriamente e que alguns conceitos e atribuições precisam ser melhor apresentados e fomentados, tais como o Núcleo Interno de Regulação, o Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar e o Kanban. Dentre os fatores que limitam a implantação da RUE, estão as dificuldades de regulação assistencial e a insuficiência de leitos de retaguarda e longa permanência. Destaca como principais avanços a implantação do cuidado multiprofissional e a comunicação inter-hospitalar por meio do Núcleo Interno de Regulação, os quais, ainda que com limitações, contribuíram na integração em rede e na integralidade da assistência.

Quadro 4 – Distribuição dos estudos sobre o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências segundo título, modalidade/ano da publicação e objetivos

Componente Hospitalar		
Título	Modalidade/Ano	Objetivos
Rede de Infarto com Supra Desnívelamento de ST: Sistematização em 205 casos Diminui Eventos Clínicos na Rede Pública	Artigo, 2012	Descrever a mortalidade intra-hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento de ST (IAMCSST) de pacientes admitidos via ambulância ou hospitais periféricos, como resultado da organização de uma estruturada rede de treinamento.
A Regionalização da Assistência às Urgências e Emergências em Hospitais de Referência Regional de Pernambuco: uma Avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde	Tese, 2012	Esta tese teve o objetivo de avaliar o acesso aos serviços de urgência e emergência nos hospitais de referência regional de Pernambuco.
Inserção de um Hospital de Grande Porte na Rede de Urgências e Emergências da Região Centro-Oeste	Artigo, 2015	Este artigo tem por objetivo analisar a inserção de um hospital de grande porte na RUE na região Centro-Oeste.
Redes de Atenção à Saúde: a Percepção dos Médicos Trabalhando em Serviços de Urgência	Artigo, 2015	Objetivou-se conhecer a percepção de médicos em serviços de urgência sobre as Redes de Atenção à Saúde.
Estratégias de Famílias de Crianças Atendidas em Pronto Socorro Pediátrico: a Busca pela Construção da Integralidade.	Artigo, 2015	Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender as estratégias de famílias na busca pela assistência em saúde à criança atendida em pronto-socorro pediátrico.
Análise de Implantação do Kanban em Hospitais do Programa SOS Emergências	Dissertação, 2016	Este trabalho objetivou analisar a implantação do Kanban, estimando o grau de implantação, descrevendo seus efeitos e identificando fatores contextuais favoráveis e desfavoráveis.
Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências – RUE	Dissertação, 2017	Analisar a Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE na Região de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo e propor uma matriz avaliativa.
Modelo de Avaliabilidade do Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência	Dissertação, 2017	Este estudo tem como Objetivo propor um modelo de avaliabilidade do componente hospitalar da RUE, na qualidade dos serviços oferecidos aos Usuários.
Regulação Assistencial e Atenção Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Tese, 2018	Foi o objetivo desta tese analisar a organização e o funcionamento da regulação assistencial na rede de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, com foco no acesso ao leito hospitalar e conformação de redes de atenção à saúde.
Hiperutilizadores de Baixo Risco Clínico em Pronto Socorro de um Hospital Universitário: Usuários Produzidos ou Produtores de Cuidado?	Dissertação, 2019	Descrever o padrão de uso e compreender os motivos e as estratégias desenvolvidas por usuários hiperutilizadores de baixo risco clínico atendidos em Serviço de Emergência Hospitalar.
Hospitais em Municípios De Pequeno Porte: sua Inserção no SUS	Tese, 2019	Este estudo buscou refletir sobre o papel dos hospitais de pequeno porte (HPP) em municípios da região de Londrina, bem como, aprofundar a compreensão sobre relação destes com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito aos programas de atendimento em redes de atenção à saúde (RAS), tais como a Rede Urgência e Emergência (RUE), a Rede Mãe Paranaense e também analisar os desafios dos gestores, os fatores que interferem na gestão e o poder simbólico dos hospitais em municípios de pequeno porte.

Ao analisar a implantação do componente hospitalar da RUE no país, Oliveira (2017) observou que o eixo das portas de entrada atingiu nível satisfatório (entre 70,8 e 83,8%) e os eixos de enfermaria clínica de retaguarda e de leitos de terapia intensiva atingiram grau pleno de implantação (>90%). Destaca que a classificação de risco não foi implantada satisfatoriamente e que alguns conceitos e atribuições precisam ser melhor apresentados e fomentados, tais como o Núcleo Interno de Regulação, o Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar e o Kanban. Dentre os fatores que limitam a implantação da RUE, estão as dificuldades de regulação assistencial e a insuficiência de leitos de retaguarda e longa permanência. Destaca como principais avanços a implantação do cuidado multiprofissional e a comunicação inter-hospitalar por meio do Núcleo Interno de Regulação, os quais, ainda que com limitações, contribuíram na integração em rede e na integralidade da assistência.

Marcolino (2017), ao construir uma matriz avaliativa com base nas diretrizes presentes nas normativas para os hospitais da RUE, propõe sua avaliação em duas dimensões: gestão - gerenciamento de serviços/governança das redes - e hospitalar - a assistência prestada. Quanto aos resultados, Caluza et al. (2012), em estudo onde avaliaram a linha de cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio em um hospital de referência no município de São Paulo (SP), observaram que a organização de estabelecimentos públicos em uma rede de tratamento resultou em melhoria imediata dos resultados com redução da mortalidade.

Em relação ao acesso hospitalar na RUE, Dubeux (2012), ao estudar os hospitais de referência regional em Pernambuco, observou a inadequação da oferta e implantação frente ao modelo de regionalização estadual e às normas relativas aos cuidados necessários aos casos de urgência e emergência. Apesar das fragilidades observadas, a maioria dos usuários utiliza o hospital como principal serviço de saúde, demonstrando confiança no atendimento recebido.

Soares, Scherer e O'Dwyer (2015), ao estudarem um hospital de ensino, referência regional e de grande porte na região Centro-Oeste do país, observaram que sua inserção na RUE acontece

de forma lenta, dependente da articulação dos vários níveis de gestão do SUS, e que a definição de pactos e fluxos assistenciais é ainda incipiente: há problemas no funcionamento dos demais serviços de saúde, que, em geral, não promovem a seleção de casos clinicamente menos graves; a regulação do acesso é incipiente; a Atenção Básica à Saúde da região é pouco resolutiva; os gestores são ativos no processo de implantação da rede; os trabalhadores apresentam baixo protagonismo na implementação da RUE; e há pouco investimento na educação permanente em saúde.

Os hospitais de pequeno porte, segundo Souza (2019), apresentam desempenho abaixo do preconizado na assistência à saúde para a população à qual se destinam, bem como inserção incipiente na RUE. Mesmo assim, os capitais simbólico e político investidos na ideia do hospital ajudam a compreender porque, mesmo com baixa produtividade e custos elevados, os agentes políticos não “abrem mão” de custeá-los, ampliá-los e mantê-los com os meios de que dispõem.

Já quanto às estratégias e arranjos de gestão hospitalar preconizados pela política, Konder (2018) destaca o papel fundamental desempenhado pelas centrais de regulação, núcleos internos de regulação e profissionais médicos para consolidação e qualidade do processo regulatório no estado do Rio de Janeiro. Observa como fenômeno uma institucionalização da regulação, capaz de promover maior integração da rede, principalmente na esfera municipal. No entanto, o difícil acesso a uma retaguarda hospitalar insuficiente e pouco qualificada, que culmina no fenômeno da “internação” nas UPA 24h, e a dinâmica conflituosa das relações entre as esferas governamentais, que mantém uma governança segmentada da rede, persistem como obstáculos à organização mais eficiente da RUE.

Petry (2016), ao analisar a implantação do dispositivo Kanban em sete hospitais participantes do programa SOS Emergências, observou como fatores contextuais que contribuíram para sua implantação as atuações do Núcleo Interno de Regulação, do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, da Equipe Horizontal e da direção hospitalar, assim como a atuação dos apoiadores do programa. Como principais fatores que prejudicaram

sua implantação, destacam-se o baixo interesse da direção hospitalar, o déficit de pessoal nas equipes de condução do Kanban, as equipes flutuantes e/ou pouco capacitadas, os sistemas de controle manuais, a falta de compreensão da ferramenta, além da resistência de médicos e outros profissionais.

Sobre a participação dos trabalhadores no processo de implementação da RUE, Lima, Leite e Caldeira (2015), ao estudarem a percepção dos médicos trabalhando em três hospitais de urgência, identificaram um perfil profissional e de formação insuficiente para o cuidado em rede e que aponta para a necessidade de uma agenda de pesquisa no campo de recursos humanos na área para delinear o perfil geral de médicos atuantes nos serviços, subsidiando mudanças na graduação e pós-graduação que atendam às necessidades do trabalho em urgências.

Quanto à relação dos usuários com os hospitais na RUE, Sacoman (2019), ao estudar o perfil de usuários frequentes em pronto-socorro de hospital universitário do município de São Paulo (SP), identificou que 3% podem ser considerados hiperutilizadores de baixo risco clínico, com seus atendimentos correspondendo a 10% da produção assistencial do serviço. Em entrevistas com gestores e trabalhadores do serviço, o autor percebeu que os motivos para hiperutilização são: fidelização do usuário em função da vinculação institucional aos ambulatórios especializados; acesso ineficaz à rede de serviços; regulação profissional efetuada pelos próprios trabalhadores do hospital; e baixa capacidade da Atenção Básica em produzir acolhimento e vínculo.

Em estudo realizado em pronto-socorro pediátrico de hospital de ensino, Buboltz, Silveira e Neves (2015) identificaram que os familiares buscam a unidade de urgência como primeira escolha de atendimento, tecendo redes alternativas como estratégia para garantir o atendimento de qualidade a seus filhos, apontando para questões sobre a baixa resolutividade da Atenção Básica.

Assim, pode-se observar a centralidade que os hospitais ainda mantêm na RUE, quando se avalia a suficiência, a integração em rede, o acesso e a implantação de ferramentas gerenciais, bem como as particularidades quanto ao porte e às relações regionais. As percepções dos usuários e trabalhadores também

reforçam o capital simbólico do hospital enquanto “principal ponto de atenção”, apesar do discurso frequente de necessidade de integração e articulação em rede, assim como da importância e limites da Atenção Básica. A implantação de arranjos e dispositivos, como Núcleos Internos de Regulação, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, Classificação de Risco nas portas de urgência e Kanban, apresenta potencial de transformação no processo de cuidado em rede, mas é dependente de ações da gestão local e de processos que envolvam as equipes multiprofissionais.

Considerações finais

Ao se observarem as pesquisas desenvolvidas na última década sobre a RUE, percebe-se uma produção de dissertações, teses e artigos focados nos diferentes componentes e na integração entre eles, assim como percepções e possíveis transformações no processo de cuidado em saúde, trabalhando-se com distintas estratégias de avaliação e diferentes abordagens, principalmente qualitativas. Este estudo evidenciou uma produção consistente sobre a temática, embora apresente como limitação o uso restrito de descritores nas estratégias de busca, cuja ampliação poderia resultar na seleção de outras publicações.

A RUE, enquanto rede temática no contexto das RAS, surge como proposta para superar a fragmentação assistencial, promover a articulação em rede e transformar o modelo assistencial, mas também se apresenta como aposta para reduzir a superlotação das portas hospitalares. Entretanto, observam-se fragilidades nessa articulação em rede, mantendo-se a centralidade do componente hospitalar e o poder de seu capital simbólico.

Dentre os componentes da RUE, a maior parte dos estudos foi sobre hospitais, UPA 24h e Samu 192. O principal objeto dos estudos relacionados aos componentes pré-hospitalares foi a regulação como forma de redução da demanda hospitalar. Tanto as UPA 24h quanto o Samu 192 podem contribuir para estes resultados, a depender dos arranjos e dispositivos implantados na regulação e coordenação do cuidado nos serviços e territórios. Entretanto, tende-se a manter a fragmentação e o modelo assistencial centrado na queixa-conduta se outras estratégias de coordenação de cuidado

e de rede não estiverem implementadas. Também nos hospitais, a implantação de arranjos e dispositivos de qualificação da assistência e da gestão apresenta potencial de transformação no processo do cuidado, mas depende da gestão local e de processos que envolvam a equipe multiprofissional; além disso, tais arranjos e dispositivos poderiam ser reforçados se fossem implementados na perspectiva das redes.

Apesar do discurso recorrente nos textos e falas de gestores, trabalhadores e usuários do sistema sobre a relevância da Atenção Básica na RUE, esta importância não se traduz na realidade. Observou-se baixa produção acadêmica sobre os componentes Atenção Básica e Atenção Domiciliar, voltada principalmente ao processo de cuidado no próprio ponto de atenção, ainda que se indique a necessidade de articulações em rede. Esta percepção sobre a Atenção Básica na RUE é muitas vezes contraditória nos discursos: apesar do reconhecimento de sua relevância, necessidade de investimentos e até mesmo de sua centralidade para as redes, há o reconhecimento de seus limites e insuficiências que acabam por reforçar o modelo hospitalocêntrico.

Para além da estruturação, o investimento em processos vivos e descentralizados de integração, gestão, governança regional e cuidado em saúde apresenta-se como necessidade para a efetiva implementação da RUE e garantia de seus objetivos. Surge, portanto, a percepção de que apenas introduzir novos serviços e dispositivos formais na rede não é suficiente para sua qualificação e ampliação da integralidade, sendo central a implantação de processos de articulação dos pontos de atenção e qualificação do cuidado na urgência, mediante estímulo e apoio ao protagonismo dos trabalhadores e gestores locais.

Referências

- ARAÚJO, L. R. P. *Unidade de Pronto Atendimento: o cuidado ao usuário*. 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- ASSIS, A. C. P. *Governança do componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde no estado do Paraná*. 2018. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -
- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
- BARRETO, M. da S. et al. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170042, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 69-70.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF, 2014.
- BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A. da; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em Pronto-Socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1027-1034, 2015. DOI: 10.1590/0104-0707201500002040014
- CALUZA, A. C. V. et al. Rede de infarto com supradesnívelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 99, n. 5, p. 1040-1048, 2012. DOI: 10.1590/S0066-782X2012005000100
- COSTA, M. G. L. da. *Análise da governança na saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências da região do Médio Paraíba-RJ*. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- CRISPIM, S. F. *Conhecimento teórico de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família sobre condutas em urgência e emergência*. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016.

- DIAS, R. L. *Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço*. 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- DUBEUX, L. S. *A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco: uma avaliação sobre a vertente do acesso aos serviços de saúde*. 2012. 110 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- GRIEP, R. *A construção e governança da Rede de Atenção às Urgências na Região Oeste do Paraná: um estudo de caso*. 2018. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
- JORGE, A. O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 125-145, 2014.
- KONDER, M. T. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro*. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- KONDER, M. T. *Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências*. 2018. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000200011
- LIMA, A. C. M. G. de. *Atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto-Atendimento: proposta de comunicação para coordenação do cuidado*. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Atenção Primária em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- LIMA, D. P.; LEITE, M. T. de S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040348
- LUZ, M. A. *Certificação em ACLS na Rede de Atenção Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência - Proposta de Intervenção no Samu e UPA CIC em Curitiba*. 2017. 73 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde) - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2017.
- MARCOLINO, F. B. U. *Modelo de Avaliabilidade do Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência*. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
- MORAIS, J. B. de. *Análise da implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza*. 2018. 194 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.
- NAGAI, D. K. *Diretriz de integração do Samu com os componentes APS e UPA na Rede de Urgência e Emergência: pesquisa-ação*. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no

- Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00043716
- OLIVEIRA, D. C. *Análise de implantação do componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências (RUE)*. 2017. 41 f. Dissertação (Mestrado em Gestão) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC, 2010.
- PADILHA, A. R. S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811803
- PANZERA, C. S. T. *Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina e a Educação*. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- PEREIRA, A. P. F. *Rede de Urgência e Emergência: um estudo de caso na Região Coração do estado de São Paulo*. 2017. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.
- PETRY, D. *Análise de implantação do Kanban em hospitais do programa SOS Emergências*. 2016. 151 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- POZZOLI, S. M. L. *Cartografia do processo de cuidado num Serviço de Atenção Domiciliar*. 2017. 178 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.
- RESENDE, M. A. *Representações sociais de gestores e trabalhadores sobre a Rede de Atenção às Urgências*. 2018. 107 f. Dissertação (Mestrado em Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.
- SACOMAN, T. M. *Hiperutilizadores de baixo risco clínico em Pronto Socorro de um Hospital Universitário: usuários produzidos ou produtores de cuidado?* 2019. 55 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.
- SILVA, G. S. da et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012. DOI: 10.1590/S1519-38292012000400011
- SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. dos A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151060003004
- SOUZA, F. E. A. *Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS*. 2019. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.
- TEIXEIRA, J. M. C. *Análise do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada*. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- VON RANDOWN, R. M. et al. Práticas gerenciais em Unidades de Pronto-Atendimento no contexto das Redes de Atenção à Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 16, n. 64, p. 79-88, 2014.

Contribuição dos autores

Tofani, Chioro e Furtado participaram da concepção da pesquisa e de todas as etapas de elaboração do manuscrito. Bigal, Feliciano e Silva participaram da coleta, análise e discussão dos dados. Andreaza participou da análise e da revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Recebido: 17/02/2022

Reapresentado: 13/05/2022

Aprovado: 19/06/2022