

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS - BRASIL: UMA PESQUISA DOCUMENTAL

Giane Zupellari dos Santos-Melo*
Selma Regina de Andrade**
Cássia Rozária da Silva Souza***
Alacoque Lorenzini Erdmann****
Betina Hörner Schindwein Meirelles*****

RESUMO

Compreender como foi estruturada a Rede de Atenção à Saúde no Estado do Amazonas, Brasil. Pesquisa documental, que utilizou atos normativos e de gestão, disponíveis em meio eletrônico, em *website* oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2015. A análise dos dados envolveu análise preliminar dos documentos e encadeamento das ligações entre a problemática do tema e as diversas observações extraídas dos documentos no intuito de construir explicações plausíveis para o fenômeno estudado. Foram analisados 139 documentos nas formas de atas de reuniões de conselhos, resoluções, relatórios, planos e programações anuais. No Estado do Amazonas foram implantadas Redes de Urgência e Emergência e Rede Cegonha em duas regiões de saúde e a Rede da Atenção Psicossocial em uma região de saúde. A estratégia de configuração da Rede de Atenção à Saúde, no Estado do Amazonas, considerou o acesso da população à determinadas regionais e as peculiaridades de cada microrregião de saúde, porém, muito há de se evoluir para que toda a população tenha acessibilidade garantida aos serviços de saúde, apesar dos esforços empregados para que essa seja uma realidade.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Atenção à Saúde. Integralidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

A integralidade é uma das premissas que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua concepção. Consagrada por compreender um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁽¹⁾, por meio de políticas específicas desenhadas como respostas a problemas em determinados grupos populacionais⁽²⁾.

Apesar dos avanços obtidos pelo SUS, nos últimos anos, serem incontestáveis, a integralidade e a integração dos níveis de assistência ainda configuram objetivos a serem alcançados, mesmo considerando as propostas que vêm sendo implantadas para a redução da fragmentação dos serviços de saúde⁽³⁾.

Para o enfrentamento dessa demanda, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que prevê a reformulação dos serviços de saúde, organizando as ações de saúde, por meio da integração de sistemas técnicos, logísticos e de gestão⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a RAS deve ser considerada como

um conjunto de intervenções preventivas e curativas, realizadas de forma articulada e harmoniosa entre os serviços de saúde em seus diferentes níveis, com o objetivo comum de garantir uma atenção integral aos usuários de acordo com suas necessidades⁽⁵⁻⁶⁾.

Considerando os princípios da integralidade, a ideia de formação de redes temáticas. Sendo priorizadas: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); a Rede de Atenção Psicossocial (Raps); a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas seriam priorizadas para implantação. Ficou também estabelecido que ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama deveriam ser intensificadas no país⁽⁷⁾.

A ideia força das redes temáticas é a capacidade indutora de determinados temas para a organização do conjunto das RAS. Podem ser exemplos desses temas a questão da urgência e emergência, as doenças crônicas no seu conjunto ou em determinados grupamentos de patologias, a assistência obstétrica e neonatal e a rede de atenção da saúde mental.

No Estado do Amazonas a implantação da RAS seguiu o curso dos demais Estados da Federação.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: gzsantos3@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br

***Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UFSC. Professora do Departamento de Enfermagem da UEA. Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: crsouza@uea.edu.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br

Entretanto, a extensão territorial e aspectos naturais, como a elevada cobertura do Estado por reservas florestais e por rios e lagos, determinaram características peculiares à RAS local.

Na Amazônia, o transporte de passageiros por vias fluviais tem um cunho social de elevada importância, tendo em vista que, na região, inúmeras comunidades e localidades não possuem outra opção de transporte. Assim, as embarcações fluviais desempenham um papel relevante para o acesso de inúmeras comunidades ribeirinhas e cidades da região, pois, por vezes, esse é o único meio de abastecimento e comunicação entre essas localidades⁽⁸⁾.

Assegurar condições de acessibilidade às ações e serviços de saúde é um dos princípios básicos de orientação do SUS. Assim, a implantação da RAS no Estado do Amazonas contou com mais um desafio, que é a mobilidade da população que necessita dos serviços da RAS, por uma extensão territorial de tamanho maior que algumas regiões inteiras do país.

As condições peculiares existentes na Amazônia brasileira podem se mostrar como fator complicador na implantação das RAS nessa região. Para suplantarem os desafios consequentes dessas peculiaridades são necessárias estratégias de gestão que ultrapassem o entendimento comum e apresentem diferenças das outras regiões do país. Contudo, os escassos estudos sobre o tema na região, não demonstram essas peculiaridades e apontam para a necessidade de pesquisas que identifiquem projetos de implantação da RAS em regiões amazônicas⁽⁹⁾.

Estudar como se deu o processo de implantação da RAS no Estado do Amazonas, poderá contribuir para identificar os condicionantes que resultaram no seu desenho atual. Assim, este estudo se norteou pela seguinte questão de pesquisa: como se organizou a RAS e as regiões de saúde no Estado do Amazonas? E tem como objetivo compreender como foi estruturada

a Rede de Atenção à Saúde no Estado do Amazonas.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva, do tipo pesquisa documental. Nos termos da pesquisa documental, o “documento” consiste em todo texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel, que pode ser explorado, não criado, no contexto de um procedimento de pesquisa⁽¹⁰⁾.

Neste estudo foram considerados os seguintes documentos públicos, disponíveis em meio eletrônico: atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, da Comissão Intergestora Bipartite do Amazonas (CIB-AM); da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM); Comissões Intergestoras Regionais da SUSAM (CIR-AM); Resoluções e Portarias Estaduais; Planos Estaduais de Saúde do Amazonas (PES-AM); Programação Anual de Saúde do Amazonas (PAS-AM) e Relatórios Anuais de Gestão da SUSAM. O período dos documentos coletados foi de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Este recorte temporal se deve à implantação da RAS no Estado do Amazonas ter ocorrido a partir do ano de 2011 e da coleta de dados ter acontecido em 2015.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2015, por meio de busca no website oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Foram incluídos no estudo todos os documentos disponíveis na íntegra que tratavam do tema RAS no Amazonas. Foram incluídos no estudo 139 documentos, destes, 61 foram atas de reunião das CIR, 69 Resoluções produzidas pela CIB e pelas CIRs. Foram ainda analisados nove documentos referentes à PES-AM (Biênio 2010-2011 e quadriênio 2012-2015), PAS-AM (2011, 2012, 2013 e 2014) e os relatórios anuais de gestão (2011, 2012 e 2013). A distribuição dos documentos por ano pode ser visualizada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos documentos produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM), Comissão Intergestora Bipartite do Amazonas (CIB-AM) e pelas Comissões Intergestoras Regionais da SUSAM (CIR-AM) durante os anos de 2011 a 2014, relativos à implantação da RAS no Estado do Amazonas.

Ano/Documento	2011	2012	2013	2014	Total
Resoluções CIB/AM e CIR/AM	5	49	10	5	69
Atas de reuniões CIB/AM e CIR/AM	15	17	14	15	61
Plano Estadual de Saúde/SUSAM		1			1
Programação Anual de Saúde/SUSAM	1	1	1	1	4
Relatórios Anuais de Gestão/SUSAM	1	1	1	1	4
Total	22	69	26	22	139

A análise preliminar dos documentos foi realizada considerando cinco dimensões⁽¹⁰⁾. **1.** O contexto,

quando foram considerados os aspectos sociais globais dos documentos; **2.** O autor - identidade do documento

e interesses em sua emissão; **3.** A autenticidade e confiabilidade do texto - qualidade da informação transmitida pelo documento e a procedência do mesmo; **4.** A natureza do texto - estrutura do texto, considerando o contexto para o qual ele foi produzido; e **5.** Os conceitos-chave e a lógica interna do texto, a importância e o sentido dos conceitos-chave conforme a lógica que foram empregados.

A fase de análise preliminar seguiu-se do encadeamento das ligações entre a problemática do tema e as diversas observações extraídas dos documentos no intuito de construir explicações plausíveis para o fenômeno estudado. Para tal, foram extraídos dados pertinentes ao tema, comparando-os a elementos contidos no corpus dos documentos, permitindo assim se ter consciência das similaridades, relações e diferenças dos aspectos analisados⁽¹⁰⁾. A partir das análises preliminares e da análise dos documentos foram construídas três categorias para o fenômeno estudado: 1. O movimento pré-implantação da RAS no Estado do Amazonas; 2. A implantação da RAS no Estado do Amazonas; e 3. Configuração das Regiões de Saúde no Estado do Amazonas e seus componentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O movimento pré-implantação da RAS no Estado do Amazonas

Trinta e três dos documentos analisados, tratavam de resoluções que estabeleciam “termos de compromisso de adesão de RAS” entre regionais e municípios do Estado do Amazonas, sendo que todas as resoluções que tratavam desta temática, foram produzidas no ano de 2012. Verificou-se ainda que neste mesmo ano e em 2011, seis resoluções trataram da criação de grupos condutores das Redes. Estes grupos condutores promoveram capacitações de gestores e servidores em vários municípios do interior do Estado, por meio de oficinas que trabalharam a sensibilização da importância da adesão à RAS e levantaram possíveis demandas e especificidades locais para o planejamento das ações de implantação da RAS local.

Desde 2011, a implantação da RAS em municípios brasileiros tem sido uma realidade que, induzida por meio de financiamento federal, estabelece prioridades de acordo com as diretrizes clínicas ou organizativas de cada região. No Amazonas a implantação da RAS ocorreu no mesmo período que em outras regiões

nacionais, priorizando-se componentes julgados como de maior necessidade para melhoria das condições de saúde da região. Estudos realizados em outras regiões do país demonstram o início da implantação da RAS a partir do ano de 2011, seguindo o critério de escolha de componentes segundo as necessidades regionais, confirmando que esta é uma prática empregada na implantação das RAS também em outras regiões do Brasil⁽¹¹⁻¹²⁾.

Pela análise dos documentos que trataram da implantação da RAS no estado, observou-se que a gestão estadual de saúde no Amazonas, apresentou dentre seus objetivos principais a implantação de uma gestão pública direcionada para resultados e orientada pelas Diretrizes Nacionais do SUS.

Fica nítido pelos documentos analisados que promover a descentralização e o desenvolvimento regional da saúde e estimular a articulação do processo de planejamento e consolidação da regionalização foi ponto primordial da gestão, sendo que este movimento gerou conhecimento para gestores municipais sobre a necessidade de adesão à RAS e discussões locais focalizadas na realidade de cada município.

O planejamento das ações para implantação da RAS no Estado do Amazonas, por meio de oficinas, foi uma alternativa eficaz de se reconhecer previamente os desafios e peculiaridades do cotidiano de saúde de algumas localidades. Neste contexto ressalta-se que para um planejamento viável e efetivo, são necessárias ações de caráter intersetoriais, protagonizadas pelo Estado, juntamente com profissionais e usuários de serviços de saúde de cada localidade, a fim de possibilitar maior resolutividade dos problemas que afetam a vida das pessoas⁽¹³⁾.

A implantação da RAS no Estado do Amazonas

Em relação ao início e implantação da RAS no Estado do Amazonas, verificou-se pelo relatório anual de gestão do ano de 2011, a existência de recomendações para o ano de 2012, de ser adotado e implantado o novo modelo de atenção à saúde, ou seja, da RAS. Este mesmo relatório especifica que no Estado do Amazonas, serão implantadas quatro redes temáticas prioritárias, sendo essas: a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Psicossocial e a Rede de Atenção à Pessoa com deficiência. Quanto à rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, não foram encontradas evidências que demonstrassem que esta rede temática foi priorizada para implantação naquele primeiro momento.

A atenção às condições agudas e às condições crônicas de saúde é entendida como um marco regulador para o funcionamento das RAS, pois articula de forma singular as relações entre população e os determinantes sociais de saúde, possibilitando assim, o direcionamento de intervenções dos serviços de saúde para as diferentes necessidades⁽¹⁴⁾. No entanto, apesar de sua importância, este componente não foi priorizado na implantação da RAS no Estado do Amazonas.

Nos relatórios anuais de gestão dos anos de 2012 e 2013 a discussão sobre RAS está mais presente, podendo ser observado que a implantação das Redes de Atenção à Saúde nas áreas de urgência e emergência (RUE), materno-infantil, com a Rede Cegonha (RC), e da Rede de Atenção Psicossocial, apresentou avanços em uma região de saúde, porém não obtiveram êxito em outras.

Evidenciou-se por estes documentos que o processo de implantação da RAS no Estado do Amazonas iniciou-se com a realização de oficinas, com a participação de gestores de saúde municipais e grupos condutores das redes. Estas oficinas eram realizadas em municípios que integrariam as regiões de saúde, e nelas eram discutidos os temas prioritários para serem implantados em cada região. Na época, consideraram-se os contextos das condições de saúde das regiões da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru e os determinantes de saúde da região metropolitana de Manaus, como prioridade para iniciar-se RAS nestas duas regiões.

Apesar da implantação dos componentes a serem implantados nas regiões de saúde terem partido de discussões entre gestores locais e grupos condutores, verificou-se que algumas não obtiveram êxito em algumas regiões. Falhas nos processos de implantação de RAS estão normalmente vinculadas à escassa capacitação de pessoal e de articulação entre os níveis de gestão de serviços, onde se prioriza a atenção básica como única responsável pelo cuidado. Assim, falta de consciência do modelo como um todo, pode afetar o sucesso da implantação da RAS⁽⁵⁾.

Configuração das Regiões de Saúde no Estado do Amazonas e seus componentes

Em se tratando da configuração das regiões de saúde do Estado do Amazonas verificou-se que o desenho atual das regiões de saúde começou a ser configurado a partir de maio 2010, tendo sido reconfigurada em junho de 2011, mantendo este desenho até a atualidade (Figura 1). Nessa

configuração, o Estado está dividido em: 1 macrorregional (Manaus), 9 regionais (Alto Solimões, Baixo Amazonas, Entorno de Manaus, Juruá, Médio Amazonas, Purus, Rio Madeira, Rio Negro, Solimões e Triângulo) e 18 microrregiões (Tabatinga, Santo Antônio do Içá, Fonte Boa, Borba, Humaitá, Tefé, Manacapuru, Coari, Manaus, São Gabriel da Cachoeira, Boca do Acre, Lábrea, Itacoatiara, Maués, Parintins, Eirunepé, Carauari e Guajará).

Quanto às RAS implantadas no Estado, observou-se que o Amazonas conta com duas regiões de saúde que são denominadas “Região Metropolitana Ampliada” e “Região do Alto Solimões”. Sendo que nas duas estão implantadas as RAS de Urgência e Emergência e a Rede Cegonha e na Região Metropolitana Ampliada acrescenta-se a Rede da Atenção Psicossocial.

Observou-se que o desenho atual das regiões de saúde do Estado foi definido a partir das características geográficas da região, sendo que o desenho priorizou o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Assim, este desenho não é estabelecido pela proximidade entre municípios, mas sim pela dinâmica estabelecida a partir das hidrovias e calhas dos rios existentes na região, que são a principal via de locomoção no Amazonas. A figura 1 retrata o desenho atual das regiões de saúde no Estado.

Muito embora existam acessos terrestres no Estado, esses não percorrem grandes distâncias, pois o território estadual é coberto por florestas, tornando assim a utilização das vias fluvial como o principal meio de locomoção de pessoas e produtos na região⁽⁸⁾.

A organização das redes de saúde, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir unicidade ao território regional, é uma das estratégias para seu bom desempenho^(7,15). A partir dessa premissa, o acesso aos serviços de saúde foi um fator decisivo para a configuração das regiões de saúde no Estado do Amazonas. Isto porque as distâncias percorridas entre municípios podem ser de vários dias, quando feitos por via fluvial.

No Brasil, as questões de acesso e acessibilidade podem ser tanto de caráter sócio organizacional quanto geográfico. Na primeira, os aspectos estruturais, ou de funcionamento dos serviços interferiram na relação destes com os usuários, já a segunda é medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros fatores que possam influenciar no deslocamento do usuário

de sua localidade até os serviços de saúde⁽¹⁶⁾. Estas questões se agravam na região amazônica, particularmente no Estado do Amazonas, em decorrência da baixa densidade demográfica, aliada a uma malha rodoviária limitada pela floresta, o que faz com que a população dependa dos rios e lagos (vias

fluviais) para deslocamento entre municípios e povoados⁽¹⁷⁾. O acesso aos serviços públicos de saúde aparece em vários momentos da agenda dos objetivos do milênio, mostrando que esta é uma estratégia importante a ser trabalhada na busca da integralidade do cuidado à saúde⁽¹⁸⁾.



Figura 1. Desenho da Região de Saúde do Estado do Amazonas. Fonte: Relatório anual de gestão/2013 da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Brasil.

Particularmente, em relação a organização da RAS no Amazonas, a questão do acesso aos serviços de saúde está presente em vários documentos analisados, sendo este tema um tópico recorrente em várias trechos de documentos que imprimem a preocupação dos autores com a organização de uma RAS em regiões mais longínquas do Estado, pois alguns municípios estão localizadas em até 1.100 km da capital, e por vezes tem como principal meio de transporte a via fluvial, sendo que estas questões podem demandar problemas logísticos, sendo possível, inclusive, impossibilitar a implementação de todas as ações exigidas para a implantação da RAS. Nesse contexto, o desenho atual das regiões de saúde, segue uma dinâmica que permite que usuários possam se locomover entre os serviços de saúde de forma coerente e no menor tempo possível.

Em relação aos componentes implantados nas RAS do Estado, observou-se que na atualidade estão implantadas a Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha e Rede da Atenção Psicossocial na Região Metropolitana Ampliada e as Redes de Urgência e Emergência, Rede Cegonha na Região de Saúde do Alto Solimões.

Observou-se que a priorização dessas redes se deu a partir de 2011, quando o Ministério da Saúde (MS) incentivou a implantação das RAS nos Estados que seriam sede da Copa do Mundo 2014 e que para isso haveria uma valorização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Pelos documentos analisados verificou-se que o governo federal tinha interesse em implantar a RAS no Estado do Amazonas, tendo em vista que este já apresentava uma experiência exitosa na implantação de uma rede

de saúde na região do Alto Solimões.

Apesar destas condições aparecem em documentos coletados desde 2011, somente no ano de 2013 o MS estabeleceu as diretrizes nacionais para o planejamento, execução e avaliação de ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa, onde considera a Portaria nº 1600/GM/MS, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências como uma das bases para as ações propostas da saúde para a Copa do Mundo 2014⁽¹⁹⁾.

A capital do Estado do Amazonas, Manaus, ter sido sede da Copa do Mundo em 2014, e a existência do projeto de Desenvolvimento Regional do Amazonas para a Zona Franca Verde (PRODERAM), coordenado pela Companhia de Desenvolvimento do Amazonas (CIAMA), em parceria com o Banco Mundial, já estabelecido na região do Alto Solimões, foram fatores decisivos para que se recebesse do Governo Federal os incentivos necessários para a implantação das RAS no Estado⁽⁹⁾.

Neste contexto, as regiões de saúde contempladas deveriam servir aos propósitos estabelecidos para a época, ou seja, a criação de RAS nas sedes da Copa do Mundo de 2014 e onde já existisse uma experiência exitosa. Assim, foram criadas propostas de componentes para a Região Metropolitana de Manaus, apresentada como Região Metropolitana Ampliada, onde constam 26 municípios. Foram apresentadas também propostas de componentes para a Região do Alto Solimões, por já haver um sistema de saúde local baseado em rede de atenção, criado por meio de incentivos financeiros e de gestão do projeto PRODERAM⁽⁹⁾.

Para a organização da RAS é necessária a definição de uma região de saúde com seus limites geográficos e população territorial⁽²⁰⁾. Nesse contexto o desenho organizacional da RAS na Região Metropolitana Ampliada fugiu da configuração habitual proposta por outros Estados federativos. Essa RAS ao invés de interligar municípios próximos a capital do Estado, como o seu nome sugere, ampliou seus limites geográficos e alcançou municípios que não integram a região metropolitana.

Este desenho foi proposto no intuito de beneficiar as populações de três municípios que não integram a região metropolitana de Manaus. Estes municípios, em função das peculiaridades geográficas da região, enfrentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente de média e alta complexidade. Assim, apesar de distante, a capital do Estado ainda é a melhor opção de acesso à saúde para estas

populações. Esta proposta foi aprovada pelo MS, principalmente por considerar as peculiaridades regionais, principalmente relacionadas ao acesso.

Os documentos analisados demonstraram que até o final de 2014 a implantação dessas redes encontrava-se em diferentes níveis. Alguns componentes implantados nas duas regiões, como a Rede Cegonha e de Urgência, apresenta a estruturação de Unidades de Pronto Atendimento, implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, complexos reguladores e ampliação e construção de maternidades. Entretanto, a Rede de Atenção Psicossocial, foi trabalhada somente na Região Metropolitana Ampliada, com a ampliação da oferta de serviços em saúde mental, criação de centros de atenção psicossocial e desativação de parte do maior centro psiquiátrico do estado, onde havia internações de média e longa permanência.

Os documentos analisados evidenciaram que a implantação da RAS no Estado do Amazonas é um processo incipiente e que necessita de muito empenho da gestão de saúde local para o alcance das metas nacionais relacionadas a essa política. Para a efetivação da RAS em todo o Estado será necessário o enfrentamento das peculiaridades geográficas da região, que se mostra como um dos principais complicadores na implantação da mesma, pois dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde e a logística necessária para implantação de ações que favoreçam a integralidade da assistência de saúde. Entretanto, o Estado tem se organizado de forma persistente na tentativa de cumprir com as metas estabelecidas pela RAS nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo limitou-se a avaliação documental, fator que pode comprometer o entendimento do processo da implantação da RAS no Estado do Amazonas. Entretanto, o método foi valioso para evidenciar os aspectos da dinâmica desse processo em todas as suas fases.

Para atender o dimensionamento geográfico e minimizar as dificuldades de acesso aos municípios do Estado do Amazonas, o planejamento requer o envolvimento de diferentes agentes, seja da saúde, da administração, do financiamento ou de outras áreas que possam contribuir para o atendimento das demandas e da realidade amazônica. Cabe dentro desse processo de planejamento, procurar atender e implantar estratégias e ações que confrontem os determinantes apontados como agravantes para a

saúde da população local. A implantação da RAS no Estado do Amazonas, assim como em todo o Brasil, tem como função minimizar fatores que tendem a enfraquecer a qualidade dos serviços prestados à população.

Neste contexto, pode-se verificar pelos documentos analisados que a rede organizada para o Estado considerou como prioridade o acesso da população a

determinadas regionais e as peculiaridades de cada microrregião, sendo este um fator de fortalecimento da RAS local.

Verifica-se que muito ainda há de se evoluir para que se alcance um melhor acesso da população local aos serviços de saúde, mas pode-se perceber que esforços estão sendo empregados para que isso possa vir a ser uma realidade.

ORGANIZATION OF THE HEALTH CARE NETWORK IN THE STATE OF AMAZONAS - BRAZIL: A DOCUMENTARY RESEARCH

ABSTRACT

To understand how the Health Care Network was structured in the state of Amazonas, Brazil. Documentary research using normative and management acts, available in electronic sources, on the official website of the Health Department of Amazonas State. Data collection took place in July 2015. The data analysis involved a preliminary analysis of the documents and the enchainment of the links between the problems and the various observations extracted from the documents in order to construct plausible explanations for the phenomenon studied. A total of 139 documents were analyzed in the form of minutes of board meetings, resolutions, reports, plans and annual schedules. In the state of Amazonas, Urgency and Emergency Network and the Stork Network were implemented in two health regions, and the Psychosocial Care Network was implemented in one health region. The strategy of configuration of the Health Care Network in the state of Amazonas took into consideration the population's access to certain health region and peculiarities of each micro-region of health. However, despite the efforts, much has yet to be developed to reach the goal of guaranteed accessibility to services to the entire population.

Keywords: Public Health Policies. Health Care. Comprehensive Health Care.

ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL ESTADO DE AMAZONAS - BRASIL: UNA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

RESUMEN

Comprender cómo fue estructurada la Red de Atención en Salud en el Estado de Amazonas, Brasil. Investigación documental que utilizó actos normativos y de gestión, disponibles en medio electrónico, en website oficial de la Secretaría de Estado de Salud de Amazonas. La recolección de datos ocurrió en el mes de julio de 2015. El análisis de los datos involucró análisis preliminar de los documentos y encadenamiento de las conexiones entre la problemática del tema y las diversas observaciones extraídas de los documentos a fin de construir explicaciones plausibles para el fenómeno estudiado. Fueron analizados 139 documentos en las formas de actas de reuniones de consejos, resoluciones, informes, proyectos y programaciones anuales. En el Estado de Amazonas fueron implantadas Redes de Urgencia y Emergencia y Red Cigüeña en dos regiones de salud y la Red de la Atención Psicosocial en una región de salud. La estrategia de configuración de la Red de Atención en Salud, en el Estado de Amazonas, consideró el acceso de la población a determinadas regionales y las peculiaridades de cada microrregión de salud, pero, hay que evolucionar mucho para que toda la población tenga accesibilidad garantizada a los servicios de salud, pese los esfuerzos empleados para que esta sea una realidad.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud. Atención en Salud. Integralidad en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990. [citado em 2018 set. 01]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>.
2. Curvo DR, Matos ACV, Sousa WL, Paz ACA. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [on-line]. 2018 [citado em 2018 set]; 10(25): 58-82. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5025>.
3. Alves LR. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. [on-line]. 2017 [citado em 2018 set]; 6(1):153-166.

doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i1.338>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010. [citado em 2014 abr 28]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
5. Vargas I, Mogollon-Perez AS, Paepe PD, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy Plan [on-line]. 2016 [citado em 2018 set]; 31(6):736-748. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>.
6. Bousquat A, Giovannella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2017 [citado em 2018 set]; 22(4):1141-1154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
7. Junior HMM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade.

- Divulgação em saúde para debate [on-line]. 2014 [citado em 2018 set]; 52:15-37. Disponível em: <http://www.fcap.adm.br/wp-content/uploads/2014/07/Seminario-Divulgacao-em-Saude-52-Redes.pdf#page=40>.
8. Teixeira AS, Souza AB, Azevedo RC, Júnior CAT, Filho FSP. Gestão da Inovação Portuária na Amazônia: Proposta de Remodelagem de Transporte dos Ribeirinhos no Rio Madeira. RASI [on-line]. 2017 [citado em 2018 set]; 3(2):188-204. Disponível em: <http://www.rasi.vr.uff.br/index.php/rasi/article/view/169/50>.
9. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GR, Cardoso GCP. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: an analysis of the QualiSUS-Rede Project. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2017 [citado em 2018 set]; 22(4):1209-1224. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
10. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers J, Groulx L, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 295-333.
11. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, Guimarães ATB, Caldeira S. Construction and validation of a public program of maternal and child health instrument evaluation. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2016 [citado em 2018 set]; 15(1):27-35. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i1.28016>.
12. Júnior JMP, Nóbrega VKM, Miranda FAN. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercussões na atenção à saúde mental. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2011 [citado em 2018 set]; 10(3):578-584. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i3.13071>.
13. Budó Mld, Schimith Md, Silveira Cl, Seiffert, Ma, Vieira Dt, Hundertmark, K. Constitution and profile of a community assisted by the family health strategy. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2014 [citado em 2017 mai]; 13(1):82-89. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.15150>.
14. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Kerbe NPC. The complexity of the health care network. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2015 [citado em 2017 mai]; 14(4):1609-1615. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i4.27791>.
15. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. Saúde Soc. [on-line]. 2015 [citado em 2018 set]; 24(2):413-422. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>.
16. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2012 [citado em 2017 mai]; 17(11): 2903-2912. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>.
17. Soares FJA, Vidal Filho WB. Caracterização Dinâmica de Embarcações Regionais do Amazonas. Cient. Exatas Tecnol. [on-line]. 2014 [citado em 2017 mai]; 13(1): 13-19. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/exatas/article/view/319/299>.
18. Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Netto FAF, Machado JMH, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. Cad. Saúde Pública [on-line]. 2014 [citado em 2017 mai]; 30(12): 2555-2570. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xat011214>.
19. 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [citado em 2017 mai]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl600_07_07_2011.html.
20. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. Saúde debate [on-line]. 2015 [citado em 2018 set]; 39:160-170. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005201>.

Endereço para correspondência: Giane Zupellari dos Santos Melo. Avenida Via Láctea n. 607, apto 203, Torre Norte, Condomínio Islamorada. Bairro: Aleixo (Conj. Morada do Sol), Manaus, Amazonas. Brasil, CEP: 69.060-085. Telefones: 092 981878804. E-mail: gzsantos3@hotmail.com

Data de recebimento: 04/07/2017

Data de aprovação: 11/09/2018