

Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro

Amandia Braga Lima Sousa ¹

Luiza Garnelo ²

Paulo Henrique dos Santos Mota ³

Aylene Bousquat ⁴

^{1,2} Laboratório SAGESC. Instituto Leônidas & Maria Deane. Fundação Oswaldo Cruz Amazônia. Manaus, AM, Brasil.

^{3,4} Departamento de Política, Gestão e Saúde. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 745. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01.246-904. Email: paulohsmota@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar as dimensões da política, estrutura e organização na construção das redes de atenção à saúde (RAS) na região de saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, enfocando a atenção primária à saúde (APS) e rede de urgência e emergência (RUE).

Métodos: estudo de caso com análise multidimensional, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no primeiro semestre de 2016.

Resultados: entrevistados 37 informantes-chaves, sendo gestores (estaduais, municipais e regionais), prestadores e sociedade civil. Realidade marcada por dificuldades na implantação das RAS, com poderes decisórios centralizados no nível estadual. Percepção de insuficiência de recursos humanos de limitação na capacidade instalada, em particular na APS, com insuficiente prioridade dada a este nível de cuidado. Concentração de serviços em Manaus, prioridade para ações de urgência e emergência, expressas em maior investimento de recursos humanos e materiais alocados nesse nível de atenção, ausência de propostas para promoção da equidade.

Conclusões: região não conseguiu implantar funcionamento das RAS para responder às demandas em saúde na região. Necessidade de superar relação de dependência entre municípios e estado e de potencializar seu protagonismo e o cumprimento dos seus papéis na gestão das redes, instituindo um planejamento capaz de fortalecer a APS comprometida com a redução das iniquidades e com respostas adequadas às necessidades de saúde.

Palavras-chave Redes comunitárias, Regionalização, Região amazônica

Introdução

Uma das principais características do território brasileiro é a existência de marcantes desigualdades regionais, que se expressam social e economicamente. Santos e Silveira¹ ao analisarem o processo histórico e geográfico da construção do território brasileiro identificam quatro Brasis: Região Concentrada formada pelo Sudeste e pelo Sul; o Brasil do Nordeste; o Centro-oeste e a Amazônia, cada um com características próprias. No que diz respeito ao território amazônico, foco deste artigo, os principais traços são a rarefação demográfica e as baixas densidades técnicas.¹ A rarefação demográfica não é sinônimo da ausência de grandes núcleos urbanos, mas sim a concentração de parcela importante da população em poucos núcleos populacionais, associada a grande dispersão da população interiorana na vastidão do território. Estas cidades mais importantes são locais que integram nacionalmente e internacionalmente esse território ao país.

Garantir a universalidade e integralidade de assistência à saúde no cenário desigual e continental destes quatro Brasis, tem sido um desafio constante na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sem dúvida, no Brasil Amazônico este desafio é ainda maior; vale lembrar que a garantia do acesso aos serviços de saúde em áreas remotas e de difícil acesso se configura também como um problema em diversos sistemas de saúde.² Ainda assim, é somente em 2010 que o Governo Federal promulga a Portaria no 4.279/10.³ que definiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde, devendo assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços integradas, de qualidade com efetividade e eficácia. O Decreto no 7.508/11,⁴ também dispôs acerca da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituindo a Região de Saúde como eixo central para efetivar estas disposições.

Em 2011 é editada a Portaria no 1.600/11, instituindo a Rede de Urgência e Emergência (RUE), visando a ampliação estratégica do acesso e acolhimento de casos agudos demandados aos serviços de saúde, através da classificação de risco e intervenção adequada aos diferentes agravos em articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) através de uma rede regionalizada de atenção a saúde.⁵

Para a devida organização das redes regionais de atenção à saúde é essencial o alinhamento político-organizacional das ações em saúde entre os diferentes atores envolvidos em sua construção com a APS ocupando posição estratégica, na coordenação

do cuidado à saúde da população.⁶

O território amazônico, foco deste artigo, é marcado pela rarefeita distribuição da população em áreas rurais, baixa densidade tecnológica e concentração de recursos de saúde em poucos núcleos urbanos, altamente povoados. Tais cidades integram a Amazônia ao país, mas seu relacionamento com as municipalidades adjacentes é de tipo centro-periferia, na qual ocupam papel central,¹ instituindo uma teia de relações que molda igualmente as interações técnicas e políticas instituídas no sistema de saúde. A forte concentração dos serviços de média e alta complexidade nas duas grandes capitais, Manaus e Belém, exacerba a fragmentação e a insuficiência de oferta de cuidados de saúde nos demais municípios.⁷

As análises disponíveis sobre o processo de regionalização no país⁸ mostram que o Amazonas foi o último estado a aderir ao Pacto pela Saúde e que persiste com uma institucionalidade incipiente e governança indefinida no que diz respeito à regionalização em saúde. Lima *et al.*⁶ analisaram a implementação da política de regionalização nos estados do país, demonstrando que o Amazonas apresenta uma institucionalidade incipiente e governança indefinida, com impactos e inovações institucionais embrionários no que diz respeito à regionalização em saúde.⁸

O ritmo lento e a pouca importância dada ao processo de regionalização na esfera política se contrapõe às necessidades em saúde do estado, que perpetua uma realidade desigual. Destaca-se, nesse sentido, a concentração dos recursos de saúde em um único município, sua capital, onde estão 53,3% dos leitos de internação, 100% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 94,7% da urgência e emergência do estado, 76,1% dos profissionais médicos e 100% dos aparelhos de Tomografia e Ressonância Magnética,⁹ o que obriga os usuários a se locomoverem para Manaus até mesmo para realização de exames simples e consultas com especialistas que não existem nos municípios menores.

Dentre as regiões de saúde amazonenses, a região Manaus, Entorno e Alto Rio Negro que alberga sua capital, destaca-se por reunir mais de 60% da população. Também nessa região é possível evidenciar mais claramente o contraste entre a tentativa de construção de estratégias de saúde que sejam capazes de uma maior distribuição dos serviços e a concentração destes na maior cidade amazônica, Manaus, e a realidade de municípios contrastantemente rarefeitos, com restrita disponibilidade de profissionais de saúde, indicadores sociais e sanitários desfavoráveis, forte dependência de

repasses federais e a limitada capacidade de captação de recursos para o custeio das ações de saúde, realidade dos municípios pequenos da Amazônia.⁶

Considerando este quadro, o presente artigo analisa as dimensões da política, estrutura e organização de estabelecimentos e ações de saúde na regional selecionada, aprofundando a análise sobre dois elementos chave dentro das RAS: a APS devido o seu papel de porta de entrada e coordenação do sistema e a RUE por seu papel estruturante na construção das redes de atenção⁹ na região de saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.

Métodos

Estudo de caso realizado no âmbito da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil na região “Manaus, Entorno e Alto Rio Negro - AM”. A escolha desta região de saúde partiu de tipologia das 431 regiões de saúde brasileiras que teve como base a situação socioeconômica e a complexidade e oferta dos serviços de saúde.¹⁰ Dentre os doze municípios que compõem a região, três foram selecionados para realização do campo da pesquisa. Os critérios usados foram políticos, geográficos, populacionais e de número de serviços de saúde. Foram escolhidos Manaus (capital do estado e município pólo da região de saúde); São Gabriel da Cachoeira (município mais distante do pólo, com população e número de serviços de saúde intermediários para a região) e; Careiro da Várzea (próximo de Manaus sem ligação terrestre com a capital dispondo de pequeno número de estabelecimentos de saúde e habitantes.

O enfoque metodológico da pesquisa se apoiou no uso do instrumental de análise de políticas públicas para o entendimento do processo de regionalização.¹¹ Frente à complexidade deste, optou-se pela realização de análise multidimensional, agregando três dimensões, política, estrutura, organização, que explicam, se não o todo, pelo menos parte do funcionamento das redes de atenção à saúde na região estudada.

Na dimensão Política, a partir do conceito de governança, que redefine e amplia as diferentes formas de relação entre o Estado e a sociedade ou até mesmo entre diferentes governos, atores do setor privado e membros da sociedade,¹² foram investigados os processos políticos procurando identificar os espaços de atuação, negociação, conflito e os processos e fluxos decisórios na condução da política da região. Na dimensão Estrutura foi analisada a partir de condicionantes da dinâmica

regional, a disponibilidade e suficiência de recursos humanos além da capacidade instalada de serviços. A última dimensão, Organização, visou identificar os critérios de conformação da RAS, seu planejamento, gestão e integração sistêmica. A Tabela 1, sintetiza a matriz analítica utilizada para abordagem dos dados produzidos no presente estudo.

Foram realizadas entrevistas estruturadas e semi-estruturadas utilizando abordagem quantitativa e qualitativa com 37 atores, destes 24 em Manaus, sete em Careiro da Várzea e seis em São Gabriel da Cachoeira. Em relação ao número de gestores, são três estaduais, um gestor regional e 14 municipais. Prestadores, foram sete em nível estadual e oito de nível municipal e três representantes da sociedade através dos conselhos municipais de saúde.

Os resultados foram digitados em banco de dados através do *software PHP Line Survey - Open Source*. Para análise quantitativa dos resultados foi utilizado *software SPSS Statistics, Versão 22.0*. O questionário era composto por diversos formatos de questões (sim/não; escala de *Likert*; semiabertas) e as respostas foram analisadas em percentuais no caso das perguntas sim/não. As questões respondidas na Escala *Likert* foram transformadas em números (variando de sempre/muito importante/muito alto=5 até sem importância/nunca/muito baixo=1), sendo calculadas as médias por item respondido.

As entrevistas semiestruturadas seguiram um roteiro composto por questões que também se propuseram a investigar de forma mais aprofundada as dimensões abordadas neste estudo e foram analisadas a partir da abordagem do institucionalismo histórico^{13,14,15} valorizando fatores histórico-estruturais, político institucionais e relacionais como condicionantes da governança da saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o número de processo 071/15, CAAE: 42787815.9.1001.0065 de acordo com a norma do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Resultados

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) foi considerada a principal instituição organizadora da RAS por 70,8% dos entrevistados. Esta, é também a instituição mais influente para a tomada de decisão na região, seguida de longe pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e o COSEMS (Conselho Secretários Municipais de Saúde). A relevância da SES fica ainda mais clara nas falas dos gestores:

“Aqui existe uma característica muito

Tabela 1

Matriz analítica do estudo. São Paulo, 2017.

Dimensão	Condicionantes da Dinâmica Regional	Itens de Análise
Política	Governança	Processo decisório
		Tomada de decisão
		Protagonismo político
Estrutura	Infraestrutura	Adequação da capacidade instalada
	Recursos humanos	Suficiência profissionais
Organização	Conformação das Redes de Atenção à Saúde	Resolutividade
		Presteza
		Diagnóstico de necessidades
	Integração sistêmica	Gestão da fila
		Mecanismos de integração APS-RUE
		Serviços e ações em saúde
	Planejamento	Financiamento

APS = Atenção Primária à Saúde; RUE= Rede de Urgência e Emergência.

paternal, é próprio da cultura da administração municipal... Chega num município desses, qual prefeito compra ambulância? Nenhum, ele vem pedir ambulância no governo do estado”.

Por outro lado, ressalta-se a baixa relevância de órgãos como o Ministério Público (escore médio - 2,5) e órgãos do judiciário (escore médio -2,0), o que denota falta de integração e interesse desses entes com o tema da saúde, que, de fato, tem se restringido aos cuidados dos órgãos do poder executivo.

Outro tema central na dimensão política é o papel da Comissão Intergestores Regional (CIR), esta foi considerada um espaço de média importância para a tomada de decisão sobre saúde na região, segundo os entrevistados. Seu caráter é deliberativo e o formato para a discussão da regionalização se dá através de grupos de trabalho, comissões e reuniões formais. No que diz respeito ao protagonismo da CIR, a percepção dos gestores indica diversas fragilidades, especialmente na conformação das redes de atenção, nas negociações

do financiamento e no estabelecimento de relações entre os entes públicos e privados. A atuação da CIR, foi avaliada como indiferente quando relacionada a processos de integração e negociação em prol de melhorias no quadro da saúde articulados entre os municípios.

O litígio político partidário entre os dirigentes (em particular aquele que perpassa as relações dos prefeitos entre si, e, por vezes, desses com os secretários, vistos como rivais futuros da disputa das eleições seguintes) também foi citado como elemento relevante nos relatos dos gestores, pois aprofunda os dissensos em torno do custeio das ações e inviabiliza as propostas de pactuação em rede.

Na dimensão Estrutura, ao serem investigados dados sobre a participação relativa de cada esfera governamental sobre o financiamento, os entrevistados apontam que a esfera estadual apresenta os escores médios de 2,5 para a RAS e 2,2 para a APS (entre baixo e médio), enquanto apresenta escore de 3,4 para a RUE (entre médio e alto).

A capacidade instalada da RAS foi considerada inadequada às necessidades de saúde por 63,6% dos entrevistados, os parâmetros com maiores pontos de adequação foram para consultas especializadas, número de leitos gerais e oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) para a média complexidade (33,3%) (Figura 1). O transporte sanitário foi considerado suficiente somente para 58,3% dos entrevistados. Diferente perfil de respostas foi observado no quesito serviços de telessaúde, sendo que 83,3% o consideraram suficiente. O padrão de suficiência em relação à RUE também é frágil com 56,2% dos entrevistados considerando a atenção pré-hospitalar fixa como suficiente e 47,0% a oferta de SADT e atenção pré-hospitalar móvel. Já a APS apresenta índice de suficiência ainda menor que os previamente apresentados com 35,3%.

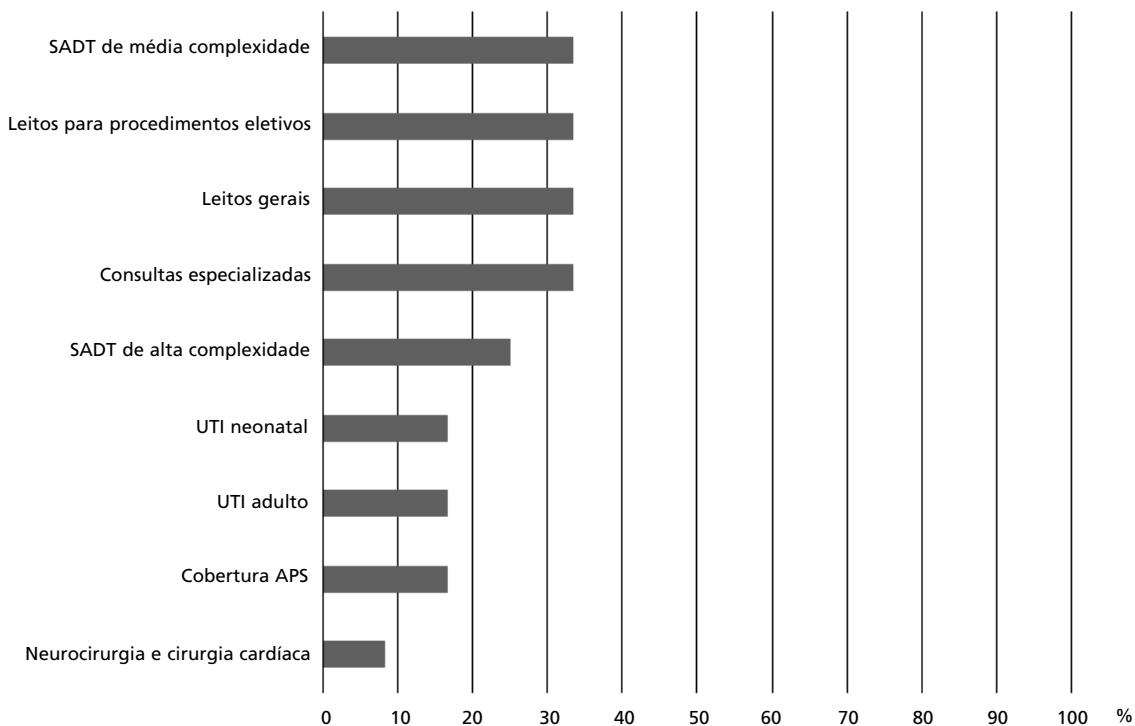
Na Figura 2 visualiza-se a percepção dos

entrevistados sobre a suficiência de profissionais na RAS, a RUE e a APS. Nele é possível verificar, que para os entrevistados, existe insuficiência dos profissionais disponíveis, em todas estas situações. No entanto, a insuficiência é maior nos profissionais que compõem as equipes de APS, principalmente nos que se referem a médicos e outros profissionais de nível superior.

Para a organização integrada dos serviços da RAS na região, o primeiro passo apontado pelos entrevistados seria o melhor funcionamento e ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e por consequência da RUE. Está lógica de estruturação e investimento da RAS por meio das ações de urgência e emergência, está ligada a características históricas específicas da região, como a construção de hospitais em cada um dos 62 municípios do estado, sendo sua construção e manutenção custeados pela Secretaria Estadual de

Figura 1

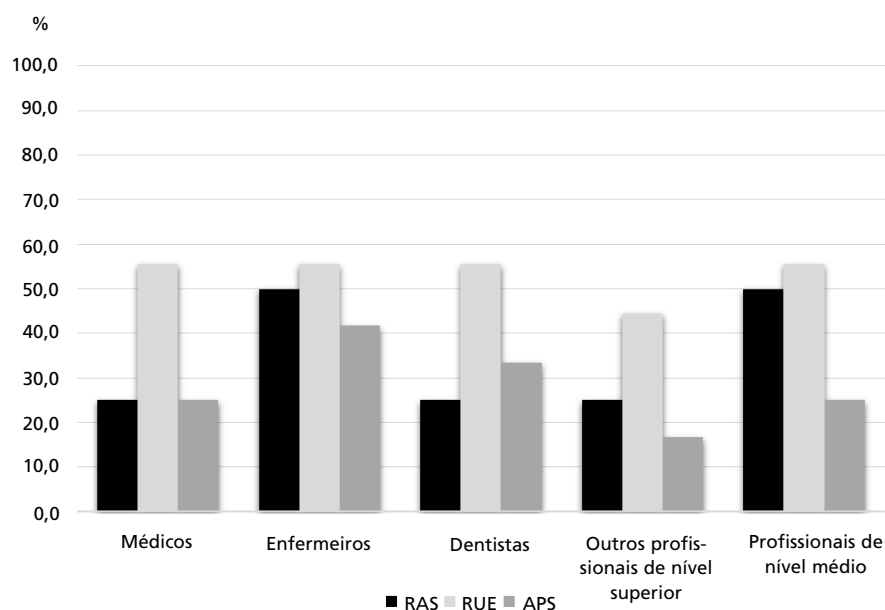
Adequação às necessidades de atendimento da capacidade instalada da RAS (%). Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, 2016.



RAS = Redes de Atenção à Saúde; SADT= serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; APS = Atenção Primária à Saúde; UTI=Unidade de Terapia Intensiva.

Figura 2

Suficiência de recursos humanos (%) nas RAS, RUE e APS. Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, 2016.



RAS = Redes de Atenção à Saúde; RUE= Rede de Urgência e Emergência; APS = Atenção Primária à Saúde.

Saúde, registrando-se baixa utilização de leitos em certas localidades, conforme apresentado neste trecho da fala de um gestor:

“Por exemplo, no município de origem do ex-governador da época, com 42 mil habitantes, implantou-se um hospital de 100 leitos com semi-intensiva projetada. Eu me dediquei em verificar a taxa de ocupação desse hospital e ele nunca passou de 25%, ou seja, uma estrutura aguardando o vento, que poderia ser um recurso que fosse melhor utilizado”.

Para 62,5% dos entrevistados, os critérios para planejamento da RUE foram o Plano Regional para adequação da oferta de serviços especializados, apoio diagnóstico e terapêutico e o diagnóstico regional da capacidade instalada de serviços de saúde. Quando questionados sobre a existência de processos de monitoramento e avaliação, 50% dos entrevistados afirmam não existirem tais ações, os demais afirmam que esses processos existem, mas não sabem especificar quais seriam. Ademais, apontam que a RUE pouco contribuiu para a integração dos serviços da rede regional e para aprimorar a oferta/coertura da APS.

Por outro lado, nas falas dos entrevistados existe um silêncio no que diz respeito a APS, como se a mesma não fizesse parte do processo de regionalização, aparecendo somente ao citar as relações entre a baixa resolutividade nesse nível de cuidado e as altas taxas de internação. No que diz respeito à prestação no atendimento e resolutividade do problema, 33,4% dos entrevistados avaliaram que a gestão da APS tem garantido os quesitos citados. Já quando questionados sobre a gestão da RUE 44,4% avaliam que esta garante a prestação no atendimento e 55,6% a resolutividade do problema de saúde do usuário.

Para o planejamento da organização da APS os entrevistados citaram o diagnóstico de necessidades de atenção à saúde; o plano regional para adequação da oferta de serviços especializados; o plano regional para ampliação da oferta de atenção primária; e o diagnóstico regional da capacidade instalada de serviços de saúde todos com percentuais inferiores a 60%.

A gestão de filas na APS, segundo os entrevistados, incorpora a análise de risco e vulnerabilidade no acolhimento ao usuário na APS "às vezes" (escore médio – 3,4). No entanto, a programação de ações de acordo com critério de risco; protocolos de estratificação de risco nas

situações de emergência; e ao acompanhamento das situações de maior risco da APS para outros pontos de atenção acontece "raramente".

Ações de avaliação e monitoramento são realizadas na APS por meio de indicadores de desempenho para 66,7% dos entrevistados. No entanto, o uso dos resultados para a melhoria dos serviços só é realizado "às vezes" (escore médio - 2,9). Ainda assim, quando questionados quais seriam os indicadores de desempenho utilizados, grande parte não sabe mencionar, ou apontam somente o uso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Tanto a RUE quanto a APS apresentam baixo percentual de respostas positivas de integração de seu funcionamento. A afirmativa sobre integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência traz um escore médio de 1,3. Menores ainda, são os escores relativos à notificação de internação pelo hospital para a APS e sobre o recebimento de relatório de internação pelo médico da APS após alta hospitalar (escore médio - 1,1); estes escores indicam que estas ações não são realizadas. A comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde também é interpretada como ineficiente; não foi apontado compartilhamento de responsabilidades entre a APS e a Atenção Hospitalar/Especializada, nem a existência de fluxos de informações em tempo oportuno.

Discussão

A forma de implementação dos serviços de saúde no estado do Amazonas, ao longo da história, é dependente de projetos externos e pontuais, planejados, em sua maior parte, no âmbito nacional. Esses serviços, ao serem incorporados a gestão estadual, acabam resultando na concentração de poderes e influências sobre a saúde no órgão estadual.¹³

Conforme se verifica nos resultados, a SES foi apontada como instância de maior importância na implantação da regionalização, o que indica a permanência da sua centralidade neste contexto. Quanto à discussão centralização *versus* descentralização no âmbito da regionalização, Ribeiro *et al.*¹⁴ reforçam a dificuldade das relações intermunicipais e, segundo suas análises, defendem que uma intervenção mais centralizada como necessária para uma maior equidade.

Outros estudos também apontam a atuação centralizada do estado como positiva, ao ser um facilitador dentro das instâncias de negociação e

incentivador das decisões realizadas de forma coletiva.¹⁵ Entretanto, a análise da dimensão política nesta região de saúde a partir das respostas dos entrevistados, revelou uma atuação estatal que se pauta mais no sentido de agir no lugar dos municípios, do que, de fato, contribuir para o protagonismo e uma construção conjunta e solidária entre os entes federados. Essa forma de atuar do estado já havia sido evidenciada em estudo com cinco municípios do Estado do Amazonas que buscou analisar a atenção básica e constatou a disputa pela execução de ações nesse nível de cuidado entre municípios e estado.¹⁶

A centralidade do estado, somada às fragilidades nas negociações coletivas na CIR traz impactos para a constituição das RAS e por sua vez na forma como se consolida a APS e a RUE. As limitações da CIR criam um modelo de atuação burocrática em detrimento de se configurar como um espaço de construção coletiva.¹⁷ Lima *et al.*,⁶ ressaltam a existência de uma associação entre a regionalização e as políticas de cada território, constituindo-se como ponto fundamental a relação entre os municípios e o estado, em especial, quanto a capacidade desses entes dividirem responsabilidades.

A implantação da RUE na região teve início com o SAMU, realidade observada também em outros contextos.¹⁸ A proposta de organização do SAMU na região metropolitana ampliada contemplou mais duas regiões de saúde, além da estudada, todos com resolutividade em Manaus. Segundo um dos gestores, esse desenho foi criado visando a cobertura de 60% da população do estado. A justificativa é a garantia de atendimento da maior parte do estado em serviços de média e alta complexidade na capital. Entretanto, indica um descompromisso com a distribuição dos serviços e com a equidade nesta região de saúde, conforme é proposto na política de regionalização.¹⁹ Ao contrário, essa forma de pensar a rede aponta para a manutenção do funcionamento atual, com os recursos de saúde concentrados em um único município, conformando as relações entre municípios de forma binária e não em rede.¹⁷

A análise dos resultados revela que a RUE não se mostrou uma resposta efetiva para a integração dos serviços nesta região de saúde, com o agravante de ser pouco integrada à APS. Considerando esta última como componente importante da RUE e diante dos resultados apresentados, evidencia-se, o funcionamento desta rede a partir de um modelo centrado na doença, com forte ênfase na demanda espontânea e agudização das condições crônicas, semelhante ao que ocorre em outros territórios.²⁰ Entretanto, considerando que este estudo trata de

uma região de saúde, com território descontínuo, com longas distâncias e alto custo para locomoção, essa realidade apresenta-se ainda mais contraditória. Agrava-se ainda o fato de que, na percepção dos respondentes, o financiamento para a APS por parte do estado encontra-se entre baixo e médio, o que representa um contrassenso diante do consenso que o investimento na APS implica na melhoria das condições de saúde e na diminuição do número de internações, tendo como resultado uma otimização dos recursos financeiros aplicados na saúde.²¹

No cumprimento do seu papel, a APS apresentou fragilidades, inclusive quando avaliada no que diz respeito à capacidade de garantir maior presteza e resolutividade nas questões de saúde, tendo a RUE obtido uma melhor avaliação neste aspecto. Essa baixa potencialidade da APS em garantir respostas satisfatórias, vai na contramão do que está proposto na política de implantação da RUE que, considerando a APS como parte dessa rede, preconiza o início de sua organização por esse nível de cuidado, com ênfase nas suas responsabilidades, dentre elas, o funcionamento das redes, o acompanhamento dos fluxos e a coordenação do cuidado.²²

Ainda com relação à APS, destacam-se pontos negativos sobre esse nível de cuidado em vários quesitos, inclusive no que diz respeito à sua interação com a RUE. Assim, ainda que a RUE tenha apresentado uma melhor responsividade para as questões de saúde, a APS apresenta limitações na sua relação com esta rede de serviços, o que denuncia sérios comprometimentos na composição da RAS estudada, visto que isto implica no cumprimento do papel da rede e na superação da fragmentação no território.²² A avaliação ruim da APS já tinha sido constatada em estudo que avaliou dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que qualificou os serviços da APS no Amazonas como de pior qualidade do que no restante da região Amazônica e no Brasil como um todo.²³

No âmbito maior, esses resultados desanimadores da APS implicam no funcionamento das RAS, visto que a mesma se encontra distante de atuar como coordenadora desta rede e efetiva porta de entrada da rede.²⁴

Por outro lado, as respostas revelaram a ausência da participação efetiva do estado no planejamento, organização e execução da APS na região de saúde. De acordo com esses dados, o estado vem deixando de cumprir seu papel de indutor das políticas²⁵ no que tange à APS.

A dificuldade de garantir recursos humanos em

áreas remotas é um problema comum em outros países, como a Austrália, tendo sido reconhecido como a "tirania da distância".²⁶ Para além das carências apresentadas em todos os níveis de atenção, destaca-se, na compreensão dos respondentes, que a APS conta com maior insuficiência de profissionais, inclusive quando comparada à RUE e à RAS. A ausência de médicos na APS é reconhecida como um importante fator no aumento do número de internações por causas sensíveis à APS.²⁷ Por outro lado, considerando as questões específicas dessa região, existe a necessidade da distribuição dos profissionais da APS, com a preocupação que os mesmos ocupem espaços que, de fato, irão implicar em uma melhor equidade em saúde.

Na avaliação dos respondentes, a RUE não vem conseguindo cumprir seu papel diante da fragmentação que ainda permanece no funcionamento dos serviços nessa região de saúde. Um ponto central para esta discussão é a necessidade da construção de um planejamento coletivo que vise uma maior equidade, sendo discutido, inclusive, se o formato de funcionamento de redes, disposto pela legislação federal, seria o melhor caminho ou se existiriam outras formas de funcionar, considerando as especificidades locais. Entretanto, no que diz respeito à construção dos planejamentos os respondentes identificaram uma baixa utilização nos documentos existentes para basear as escolhas de atuação. Agrava-se a essa realidade, o resultado da análise dos processos de gestão da atenção básica no Amazonas realizada por Vieira *et al.*¹⁶ Esse estudo¹⁶ reconheceu dificuldades dos municípios nas identificações das prioridades, falta de capacidade financeira e base de apoio política para colocar em prática o que foi planejado.

Um planejamento adequado que buscasse uma melhor equidade nesta região, poderia, nos termos propostos por Viana *et al.*,¹⁹ apontar critérios claros e rigorosos para o uso dos recursos disponíveis, sendo este um ponto central para uma boa implementação das políticas públicas.

Na dimensão estrutura foi analisado como uma estratégia importante o Programa Telessaúde.²⁸ Conforme opinião dos respondentes, ele tem se configurado como possibilidade para a integração dos serviços, tendo recebido uma boa avaliação, sendo considerado como estratégia significativa também no discurso dos entrevistados. O uso das tecnologias, semelhante ao que acontece em regiões remotas de outros países^{29,30} tem se consagrado como útil na realização de atendimento médico e exames especializados por meio da troca entre os

profissionais.

É importante assinalar que os resultados deste estudo referem-se à percepção dos próprios atores das RAS na região, e que, apesar de tentar dar conta das complexidades do tema, sendo utilizados instrumentos e análises diferenciadas na tentativa de capturar suas peculiaridades, situações singulares dessa região não foram objeto desta pesquisa - apesar do reconhecimento da sua importância nesse contexto - dentre elas, as questões indígenas e os territórios de fronteira internacional. Outro ponto importante a se destacar neste estudo foi a metodologia empregada. Ao utilizar-se do método de estudo de casos abre-se a possibilidade de estudar um caso em profundidade, enfatizando o contexto em que ocorrem os fenômenos e favorecem o entendimento dos processos e resultados encontrados. Por outro lado, como fator limitante, o estudo de caso, não favorece sua replicação e generalização, o que não era o objetivo deste artigo.

Conclusão

A análise do funcionamento da RAS na região, a

Referências

1. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 8 ed. São Paulo: Record; 2008.
2. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*. 2016; 120 (7): 758-69.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010, dez. 31; Seção 1.p.88
4. Brasil. Ministério da Saúde Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011, jun. 29; Seção 1. p.1-3
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. *Diário Oficial da União* 2011, jul. 8 ; Seção 1, p.1-9
6. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012, 17 (11): 2881-2892.
7. Amazonas. Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019. http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf
8. Região e Redes Caminhos para regionalização no Brasil. 2017 <http://www.resbr.net.br/indicadores>
9. Ibanez, N. Os hospitais e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências: desafios. *Rev Conselho Nacional Secretários Saúde* 2013. 7(3): p. 39-43
10. Viana ALD, Bousquat A, Pereira AP de CM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PH dos S, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24 (2): 413-22.
11. Donahue JD e Zeckhauser RJ. Public-private collaboration. In Moran, M, Rein, M, Goodin, RE. Ed: *The oxford handbook of public policy*. Oxford university press; 2006. p. 496-527
12. Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, N.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). 2016.
13. Schweickardt JC, Kadri MR, Lima RTS, Ferla AA. História e Política Pública de Saúde na Amazônia como campo de pesquisas. In: *História e política pública de saúde na Amazônia*. (Orgs) Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Kadri MR. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017.
14. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Regional Governance in Brazil's Unified Health System: a conceptual essay. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (4): 1075-84.
15. Machado JA. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar

- uma "regionalização solidária e cooperativa"? Rev Bras Ciênc Soc. 2009; 24 (71): 105-19.
16. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da Atenção Básica em Cinco Municípios da Amazônia Ocidental, com Ênfase no Programa Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo 2010; 19 (4): 852-65.
 17. Garnelo L, Lima Sousa AB, Silva, CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2017. 17 (7): 1903-14.
 18. Machado C, Salvador F, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública. 2011; 45 (3): 519-28.
 19. Viana ALA, Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, Chancharulo AP, Mota PHS. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. Novos Caminhos n. 15. [Nota Técnica na internet] 2017. [acessado em 30 de março de 2017]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf
 20. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Morais MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16 (9): 3951-64.
 21. Bynum JPW; Ross, JS. A Measure of Care Coordination? J Gen Inter Med. 2013; 28(3): 336-8.
 22. Jorge AO, Coutinho AAP, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, Abrahão PTM. Entendendo os desafios para a implementação da rede de atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. Divulg Saúde Debate. 2014. 52: 125-45.
 23. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. Saúde Debate. 2014; 38 (Número Especial): 158-72.
 24. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Conass; 2015.
 25. Junior IFB, Silva ZP. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo Perspec. 2004; 18 (3): 47-56.
 26. Schoo A, Lawn S, Carson D. Towards equity and sustainability of rural and remote health services access: supporting social capital and integrated organisational and professional development. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 111.
 27. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e interações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015; 31 (11): 2353-66.
 28. Souza CRS, Sachett JAG, Lima LS. A telessaúde no Brasil e no Estado do Amazonas como facilitador de conhecimentos em saúde. In: II Congresso Internacional TIC e Educação. 2012, Nov 30 - Dez 02; Lisboa, Portugal; 2012; 207-215.
 29. Caffery LJ, Smith AC. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. Rural Remote Health. 2016; 16 (4): 3808.
 30. Casey M, Hayes PS, Heaney D, Dowie L, Ólaighin G, Matero M, Hun S, Knarvik U, Alrutz K, Eadie L, Glynn LG. Implementing transnational telemedicine solutions: a connected health project in rural and remote areas of six Northern Periphery countries Series on European collaborative projects. Eur J Gen Pract. 2013; 19 (1): 52-8.

Recebido em 1 de Junho de 2017

Versão final apresentada em 18 de Setembro de 2017

Aprovado em 3 de Outubro de 2017