

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

FERNANDO FREDO NACIUK

**DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2019

FERNANDO FREDO NACIUK

**DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Gestão em Saúde
apresentado a Escola de Administração da
UFRGS/UAB como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em gestão

Orientador: Dr. Fernando Dias Lopes

PORTO ALEGRE

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Naciuk, Fernando Fredo

DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA
18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL / Fernando Fredo Naciuk. -- 2019.

94 f.

Orientador: Fernando Dias Lopes.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola
de Administração, Curso de Especialização em Gestão
em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Rede de Urgência e Emergência. 2. Linha de
Cuidado do IAM. 3. Linha de Cuidado do AVC. 4. 18ª
CRS. 5. Coordenadoria Regional de Saúde. I. Lopes,
Fernando Dias, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica
da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FERNANDO FREDO NACIUK

**DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA 18ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL: UMA ANÁLISE GEORREFERENCIADA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde
apresentado a Escola de Administração da UFRGS/UAB como requisito parcial para
a obtenção do título de Especialista em gestão

Orientador: Dr. Fernando Dias Lopes

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Ronaldo Bordin - UFRGS

Jaqueline Silinske - UFRGS

Fernando Dias Lopes - UFRGS (orientador)

Dedico este trabalho, a pessoa que fez eu voltar a acreditar no mundo acadêmico como forma de transformação social, buscando soluções práticas as principais necessidades da sociedade, através da união do conhecimento teórico e a prática cotidiana. Muito obrigado a Enfermeira Lariane da Silveira Maciazeki por dividir seu conhecimento, qualificando ainda mais esta produção.

Também dedico este trabalho, a pessoa que fez eu voltar a acreditar no amor, como a verdadeira fonte de transformação pessoal e social, através da compreensão e cumplicidade. Muito obrigado a Esposa Lariane da Silveira Maciazeki pelo incentivo e apoio incondicional na construção de nossa família.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Fernando Dias Lopes, por ter permitido eu encontrar a luz no fim do túnel, me estimulando e orientando, de forma brilhante, sempre com o intuito de permitir a conclusão deste trabalho.

A família, em especial aos filhos Thiago da Cunha Naciuk e Débora Cascaes Naciuk, por entenderem os diversos momentos de ausências.

A colega e amiga Alexandra Marcos Bassani, pelo incentivo e grande ajuda durante a tabulação dos dados pertinentes a este trabalho.

A amiga de longa data, Bruna Rodrigues da Silva pela revisão gramatical deste trabalho. E não menos importante as amigas Lectícia Della Pasqua Ferreira e Sílvia Andréia Gonzales Furtado, pelo ombro amigo nos momentos de maior intensidade vividos durante este período.

A toda equipe do Pólo de Santo Antônio da Patrulha, pela acolhida e dedicação durante toda esta jornada.

E um agradecimento muito especial, a UFRGS, Universidade Pública e de Qualidade, que disponibilizou suas estruturas para a ampliação de nossos conhecimentos, revertendo à sociedade soluções para os problemas cotidianos.

RESUMO

Com a consolidação de um sistema de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, em territórios delimitados, o processo de gestão da saúde no Brasil, ganha uma nova metodologia de trabalho, onde a figura do mapa de saúde ganha espaço, e vira uma importante figura de gestão em saúde, uma vez que propicia uma melhor análise dos fatos. Desta forma o presente trabalho busca avaliar a evolução da Política Pública em Saúde no território da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, desde a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), pelo Ministério da Saúde no ano de 2011. Tal análise buscou correlacionar a oferta de serviços de saúde, com os resultados alcançados até o presente momento, fazendo uma reflexão sobre o território em questão, com foco na distância e o tempo de deslocamento, da sua origem até a chegada ao serviço de referência para a situação de urgência. Como referencial de avaliação utilizou os resultados encontrados nas Linhas de Cuidados do IAM e AVC, através da tabulação dos dados sobre internações e óbitos destes agravos. Ao final deste trabalho, foi possível observar uma significativa melhora do acesso aos serviços de saúde que ofereçam atendimento de urgência e emergência, gerando uma importante redução de óbitos por estes agravos, porém ainda possuímos lacunas, tanto no que se refere a oferta de serviços da RUE local, como na definição de fluxos claros e objetivos para enfrentamento das situações de urgência e emergência do Litoral Norte de nosso estado.

Descritores: Rede de Urgência e Emergência. 18ª CRS - Coordenadoria Regional de Saúde. Linha de Cuidado do IAM. Linha de Cuidado do AVC. Mapa de saúde.

ABSTRACT

With the consolidation of a health system in regionalized and hierarchical networks, in delimited territories, the health management process in Brazil gains a new work methodology, where the health map figure gains space and becomes an important management figure. In favoring a better analysis of the facts. Thus, the present work seeks to evaluate the evolution of Public Health Policy in the territory of the 18th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul, since the implementation of the Urgency and Emergency Network (RUE), by the Ministry of Health in the year of. 2011. This analysis sought to correlate the provision of health services with the results achieved so far, reflecting on the territory in question, focusing on distance and travel time, from its origin until arrival at the referral service the emergency situation. As an evaluation referential, it used the results found in the AMI and Stroke Care Lines, through the tabulation of data on hospitalizations and deaths from these diseases. At the end of this study, it was possible to observe a significant improvement in access to health services that offer urgent and emergency care, generating a significant reduction in deaths from these diseases, but we still have gaps, both regarding the supply of health services. Local RUE, as in defining clear and objective flows to address the urgent and emergency situations of the North Coast of our state.

Descriptors: Urgency and Emergency Network. 18th RHC - Regional Health Coordination. AMI Care Lines. Stroke Care Lines. Health map

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa geopolítico dos municípios da 18ª CRS/RS	24
Figura 2 - Relação população permanente x flutuante	26
Figura 3 - Localização da 18ª CRS/RS no mapa do Rio Grande do Sul	27
Figura 4 - Mapa geopolítico das macrorregiões de saúde do RS.....	28
Figura 5 - Mapa das principais rotas rodoviárias da região	51
Figura 6 - Atendimento de IAM regulado pelo SAMU - trombolítico	76
Figura 7 - Atendimento de IAM não regulado pelo SAMU trombolítico	77
Figura 8 - Atendimento de IAM regulado pelo SAMU AP	77
Figura 9 - Atendimento de IAM não regulado pelo SAMU AP	79
Figura 10 - Série histórica das internações e óbitos por DCV	81
Figura 11 - Relação óbitos/Internações por DCV	81
Figura 12 - Série histórica das internações e óbitos por IAM	82
Figura 13 - Relação óbitos/Internações por IAM	82
Figura 14 - Tempo de deslocamento para AVC na região das Belas Praias	83
Figura 15 - Tempo de deslocamento para AVC na região das Bons Ventos	83
Figura 16 - Tempo de deslocamento para IAM na região das Belas Praias.....	84
Figura 17 - Tempo de deslocamento para IAM na região das Bons Ventos	85
Figura 18 - Gasto com saúde dos municípios da Região de Saúde Bons Ventos ...	86
Figura 19 - Gasto com saúde dos municípios da Região de Saúde Bons Ventos	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Equipamentos de saúde que compõem a RUE.....	35
Tabela 2 - Oferta de serviços da RUE do Município Arroio do Sal.....	52
Tabela 3 - Oferta de serviços da RUE do Município Capão da Canoa	53
Tabela 4 - Oferta de serviços da RUE do Município Dom Pedro de Alcântara	54
Tabela 5 - Oferta de serviços da RUE do Município Itati.....	55
Tabela 6 - Oferta de serviços da RUE do Município Mampituba.....	56
Tabela 7 - Oferta de serviços da RUE do Município Maquiné.....	57
Tabela 8 - Oferta de serviços da RUE do Município Morrinhos do Sul.....	58
Tabela 9 - Oferta de serviços da RUE do Município Terra de Areia.....	59
Tabela 10 - Oferta de serviços da RUE do Município Torres	60
Tabela 11 - Oferta de serviços da RUE do Município Três Cachoeiras	61
Tabela 12 - Oferta de serviços da RUE do Município Três Forquilhas	62
Tabela 13 - Oferta de serviços da RUE do Município Xangri-lá	63
Tabela 14 - Oferta de serviços da RUE do Município Balneário Pinhal.....	64
Tabela 15 - Oferta de serviços da RUE do Município Capivari do Sul	65
Tabela 16 - Oferta de serviços da RUE do Município Caraá.....	66
Tabela 17 - Oferta de serviços da RUE do Município Cidreira	67
Tabela 18 - Oferta de serviços da RUE do Município Imbé.....	68
Tabela 19 - Oferta de serviços da RUE do Município Mostardas.....	69
Tabela 20 - Oferta de serviços da RUE do Município Osório	70
Tabela 21 - Oferta de serviços da RUE do Município Palmares do Sul	71
Tabela 22 - Oferta de serviços da RUE do Município Santo Antônio da Patrulha.....	72
Tabela 23 - Oferta de serviços da RUE do Município Tavares.....	73
Tabela 24 - Oferta de serviços da RUE do Município Tramandaí	74
Tabela 25 - Distribuição dos leitos de UTI do Protocolo de AVC	79

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AP – Angioplastia Primária

APS – Atenção Primária de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCi – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

COREDE – Conselho Regional de Desenvolvimento

CRS/RS – Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DCA – Doença Arterial Coronariana

DCV – Doença Cardiovascular

FEE – Fundação de Economia e Estatísticas

GE – Google Earth

GM/MS – Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde

GPS – Sistema de Posicionamento Global

GTA – Grupo Técnico de Atenção

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IAMCSST – Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

PAR – Plano de Ação Regional

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RTP – Redes Temáticas Prioritárias

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

SAS-MS – Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SE – Sala de Estabilização

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SESRS – Secretária Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SIG – Sistema de Informação Geográfica

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UCO – Unidade de Terapia Intensiva Coronariana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 JUSTIFICATIVA	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 Regionalização do SUS	21
4.1.1 Coordenadoria Regional de Saúde – CRS.....	23
4.2 Georreferenciamento em saúde	28
4.3 Redes de Atenção à Saúde	30
4.3.1 Redes Temáticas Priorizadas.....	32
4.3.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	34
4.3.3 Linha do cuidado do IAM.....	40
4.3.4 Linha de cuidado do AVC.....	41
4.3.5 A definição da Terapia.....	43
4.3.6 A identificação dos pacientes e a logística para o início do tratamento.	44
5 METODOLOGIA DA PESQUISA	47
5.1 Tipologia da pesquisa	47
5.1.2 População e Amostra	48
5.1.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados	48
5.1.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados.....	48

5.1.5 Aspectos Éticos da Pesquisa	49
6. ANÁLISE DOS DADOS	50
6.1 Análise dos Municípios da Região de Saúde Belas Praias	52
6.1.1 Arroio do Sal.....	52
6.1.2. Capão da Canoa	53
6.1.3 Dom Pedro de Alcântara	54
6.1.4 Itati.....	55
6.1.5 Mampituba.....	56
6.1.6 Maquiné.....	57
6.1.7 Morrinhos do Sul	58
6.1.8 Terra de Areia	59
6.1.9 Torres.....	60
6.1.10 Três Cachoeiras	61
6.1.11 Três Forquilhas.....	62
6.1.12 Xangri-lá	63
6.2 Análise dos Municípios da Região de Saúde Bons Ventos	64
6.2.1 Balneário Pinhal	64
6.2.2 Capivari do Sul	65
6.2.3 Caraá.....	66
6.2.4 Cidreira.....	67
6.2.5 Imbé	68
6.2.6 Mostardas.....	69
6.2.7 Osório.....	70
6.2.8 Palmares do Sul	71
6.2.9 Santo Antônio da Patrulha.....	72
6.2.10 Tavares	73

6.2.11 Tramandaí	74
6.3 A importância da oferta do SAMU.....	75
6.4 Qualitativo de leitos de UTI para atendimento da região	78
6.5 Número de internações x óbitos	80
6.6 Tempo deslocamento para início do tratamento do AVC	803
6.7 Tempo deslocamento para início do tratamento do IAM	804
6.8 Gasto municipal com saúde.....	805
7 CONCLUSÃO	877
REFERÊNCIAS.....	90

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, uma vez que, a saúde virou direito no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem estar e a justiça social. Nesta perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. E logo em seguida, no Art. 196, nossa atual Constituição reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MOURA, 2013).

Importante destacar que o Art. 198 da Constituição Federal define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, onde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um primeiro momento foi marcada pela diretriz constitucional da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a qual culminou com redefinição das responsabilidades entre os entes governamentais e resultou na transferência de funções antes concentradas na União para os estados e, principalmente, os municípios. A descentralização foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Entretanto, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas no território (LIMA, 2014).

A descentralização trouxe muitos avanços para o setor saúde, mas eram necessários outros avanços, em especial sobre o princípio da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, onde sua efetivação inicia somente

nos anos 2000. A própria noção de rede regionalizada e hierarquizada, prevista no texto constitucional, pressupõe a região como atributo fundamental para a organização e funcionamento do SUS e, esta se constitui por um conjunto de unidades, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que devem operar de forma articulada no território, de modo a atender as necessidades da população (LIMA, 2014).

Seguindo esta linha, em 2010 o Ministério da Saúde (MS) já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos ao publicar a Portaria nº 4.279, em 2010. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2013).

Associado a isto, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) destaca como objetivos fundamentais a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS tendo a implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos. Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros. Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (BRASIL, 2013).

Vale destacar que as RASs podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. Contudo os sistemas públicos de atenção à saúde que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada, como é o caso do SUS, convocam necessariamente uma base populacional/territorial. Ou seja, nesses sistemas públicos de cooperação gerenciada há que se instituírem os territórios sanitários (MENDES, 2011).

E em 2011, em um esforço para fortalecer as RASs, o Governo Federal publica o Decreto 7508/2011, que 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 entre as outras providências, cria as Regiões de Saúde, os quais devem respeitar espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Além de definir o que cada região deve oferecer de serviços e ações de saúde, mínimo, neste território, onde ficou estabelecida a presença da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Outra ação de fortalecimento da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, oriunda do Decreto 7508/2011 é a definição legal do Mapa da Saúde, o qual fica definido como, descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011a).

Importante destacar que por meio de técnicas de georreferenciamento, será possível definir áreas de atuação, e analisar com mais clareza, a real oferta dos serviços que compõem a RUE – assim como suas lacunas – propiciando aos gestores que compõem o território da 18ª CRS/RS, uma matriz para utilização em estratégias na melhoria da oferta, assim como na resolubilidade e qualidade desta rede.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a Rede de Urgência e Emergência da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS), desde sua implantação pelo Ministério da Saúde em 2011.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a oferta de serviços da Rede de Urgência e Emergia dos municípios que compõem a 18ª CRS/RS.

Identificar a distribuição de leitos de UTI na 18ª CRS/RS.

Avaliar o impacto da implantação da RUE na 18ª CRS/RS, através da relação entre quantidade de internações e óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)¹ e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

¹ Conforme Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015 do MS.

3 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a importância da realização deste estudo devido ao pouco conhecimento no setor saúde sobre a ferramenta do georreferenciamento, no que tange a gestão de suas ações, através de um Sistema de Informação Geográfica - SIG, o qual é um conjunto de sistemas de hardware, software, informação espacial, procedimentos computacionais e recursos humanos que permite e facilita a análise, gestão ou representação do espaço e dos fenômenos que nele ocorrem (PENA, 2013). Para a construção do SIG, utilizaremos o *Google Earth* e *Google Maps*, uma vez que seu acesso é universal e gratuito, disponibilizado tanto em *software* quanto por meio de acesso a plataforma *web*, através de navegadores de *internet*.

Portanto, pretende-se avaliar o Mapa da Saúde para utilizá-lo na identificação das necessidades de saúde e no planejamento integrado dos entes federativos da 18ª CRS/RS, contribuindo para um melhor aproveitamento das potencialidades locais, assim como para identificar as fragilidades e estabelecer as metas de saúde. Para tanto, pretende-se visualizar os componentes na RUE, os quais foram definidos pela portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar.

Serão coletados dados dos recursos oferecidos a população, tais como: serviços e programas, do SUS ou da rede privada complementar presentes na 18ª CRS/RS, catalogadas no CNES, e que fazem parte dos componentes da RUE deste território. Ainda serão analisadas as pactuações da Comissão Intergestores Bipartite

(CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde de Saúde do Rio Grande do Sul (SESRS), os quais determinam as pactuações locais da RUE. Tais dados serão comparados com os dados disponíveis no Portal Bi (*Business Intelligence*) Gestor Municipal, também do site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Após coleta de dados do CNES será elaborado o mapa georreferenciado, e se analisará as pactuações da CIR e CIB para relacionar os componentes da RUE, se os mesmos existem e qual é sua distribuição.

Tal diagnóstico se faz relevante, uma vez que possui previsão legal, através do Decreto 7508 de 2011, o qual enfatiza a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, visando auxiliar o processo de planejamento integrado, coordenado e regionalizado, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011a).

Através desse estudo, identificaram-se potencialidades locais da RUE, bem como suas fragilidades e lacunas regionais. A fim de propor melhorias para a estruturação da RUE do território da 18ª CRS/RS.

Desta forma foi utilizado como estratégia de apoio a regionalização, a ferramenta mapa de saúde, delimitando o território da 18ª CRS/RS, identificando os seus componentes, utilizando a ferramenta de Georreferenciamento para avaliar os tempos de deslocamentos. Tendo a perspectiva que este possibilite um olhar mais crítico e estratégico para a qualificação da RUE.

Por isso essa pesquisa será guiada pela seguinte questão: A implantação da Rede de Urgência e Emergência no território da 18ª CRS/RS foi adequada de acordo com política nacional, gerando impactos para a população deste território?

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Regionalização do SUS

Apesar de já estar previsto, como princípio constitucional e diretriz legal, desde o início da concepção do SUS, ao longo dos anos, a regionalização da saúde enfrentou dificuldades de ordem jurídica e conceitual, para sua efetivação, e somente no contexto dos anos 2000, a regionalização adquiriu maior destaque entre as diretrizes nacionais que orientam a implantação do SUS. A regionalização é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde (LIMA, 2014).

Para operacionalizar o planejamento e a gestão nessas regiões de saúde, o Pacto 2006 instituiu a figura do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Os CGRs foram concebidos para funcionar como instâncias deliberativas semelhantes às Comissões Intergestores Bipartites (CIB), diferenciando-se pela abrangência, restrita às regiões, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões (DOURADO e ELIAS, 2011).

A organização de Colegiados de Gestão Regional e a utilização de instrumentos como Plano de Desenvolvimento Regional e a Programação Pactuada Integrada são destacadas como elementos facilitadores na efetivação das pactuações (LAVRAS, 2011).

Inúmeras estratégias foram colocadas em prática para a real efetivação da regionalização da saúde, onde em 2010, com a criação das RASs, este tema ganhou maior destaque, uma vez que, como destacado anteriormente, neste mesmo trabalho, a necessidade da consolidação dos territórios sanitários, em virtude do

modelo de gestão do SUS, o qual se estrutura pelo princípio da cooperação gerenciada, o qual é fundamental a definição de uma base populacional, em um território específico (MENDES, 2011).

Porém, somente após a publicação do decreto 7508/2011, este tema apresentou um grande avanço, uma vez que criava o marco legal para a definição das Regiões de Saúde, o qual ficou definido como: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

O Decreto 7508/11 cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementaridade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno (CARVALHO, 2016).

Para Luciana Dias Lima² (2014), por seus significados e pelas relações existentes entre regiões e redes de atenção, o avanço do processo de regionalização pode interferir positivamente no acesso à saúde, pois permite: observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território; projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla incorporando diferentes campos da atenção e visão de futuro; e atender uma população que não necessariamente se restringe aos territórios municipais. (LIMA, 2014).

Além da regionalização, cria-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), o qual é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde

² Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

da população, oferecendo sustentação jurídica para os gestores deste território (ARAUJO, 2014).

4.1.1 Coordenadoria Regional de Saúde – CRS

Desde 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SESRS), fiel às inovações propostas pela Constituição Federal e pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, bem como pelas Conferências de Saúde, optou por desencadear um processo de descentralização e regionalização do SUS, fortalecendo fluxos, instrumentos e práticas institucionais capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social crescente, nos seus mais diversos arranjos (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

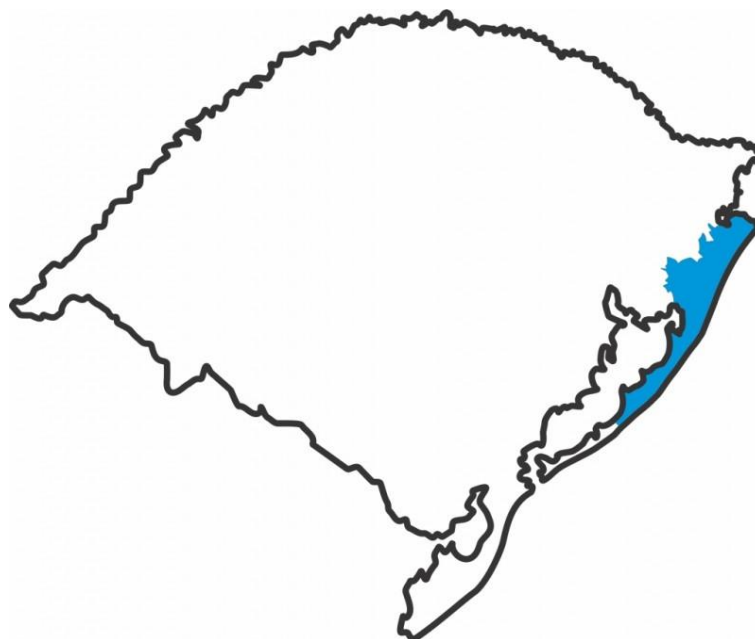
As antigas Delegacias Regionais de Saúde foram transformadas em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS). E não se tratava de uma mera mudança de nomenclatura, de simples repassadoras de papéis do nível central, as CRS/RS passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Desta forma as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS) tornara-se instâncias administrativas, técnicas e políticas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SESRS). A ação estratégica das Coordenações Regionais de Saúde é a de fortalecer a descentralização das ações da política estadual de saúde nos municípios da área de abrangência do território que se dá através do apoio técnico aos municípios no cumprimento das suas atribuições e responsabilidades gestoras; assim ajudando os municípios a garantir a integralidade da atenção à saúde e às secretarias municipais de saúde a implementação de ações de atenção integral à saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2014). As Regionais estão dentro de um modelo de descentralização administrativa, ou seja, há uma distribuição de

atribuições a fim de tornar mais ágil, eficiente e eficaz a gestão das ações, contudo acatando as decisões vindas da Administração Central.

Dentro de cada CRS/RS, existem representações administrativas da SESRS, denominadas de Departamentos Regionais, e estes departamentos divididos em Coordenações Regionais, desta forma a Coordenação da Rede de Urgência e Emergência da 18ª CRS/RS, está Vinculada ao Departamento de Planejamento da 18ª CRS/RS, e este ao Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), o qual tem como objetivo principal a contratualização com os hospitais, da habilitação de serviços de alta complexidade, do controle, avaliação e monitoramento dos serviços e do apoio técnico aos municípios e regionais, a e organização das Redes de Atenção Secundária e Terciária no Estado, incluindo a RUE (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Figura 1 – Localização da 18ª CRS/RS no mapa do Rio Grande do Sul.



FONTE: SESRS

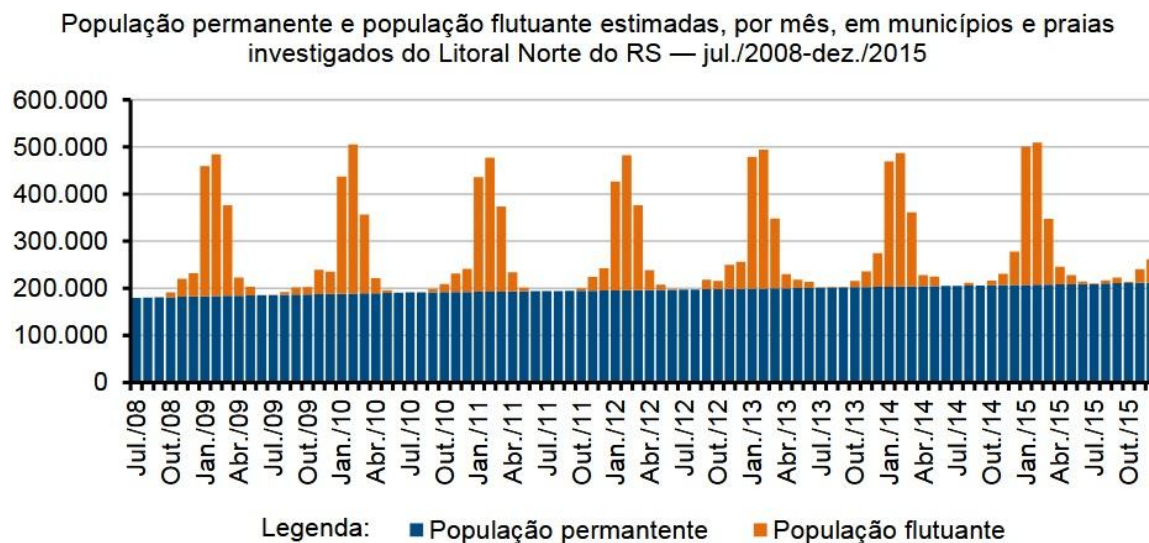
A 18ª CRS/RS fica localizada a região do litoral norte de nosso estado e possui sede em Osório e é constituída por 23 Municípios. Sendo eles Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Xangri-lá, Maquiné, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Torres, Tramandaí, Osório, Terra de Areia, Tavares, Santo Antônio da Patrulha, Palmares do Sul, Mostardas, Morrinhos do Sul, Itati, Mampituba, Imbé, Cidreira, Dom Pedro de

Alcântara, Caraá, Capivari do Sul e Capão da Canoa (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Importante destacar que a região da 18ª CRS/RS, caracteriza-se por ser uma região litorânea, onde a cada ano, milhares de habitantes do Rio Grande do Sul e dos países vizinhos (Uruguai e Argentina), migram para as praias durante os meses de verão. O fenômeno de ocupação dos balneários marítimos durante os meses de verão, além de representar uma parte significativa da história cultural, social, política e econômica do Rio Grande do Sul, representa um aumento elevado de sua população, criando a necessidade de adequações da oferta de serviços de saúde nestes períodos, em especial da RUE.

Tal aumento populacional é tão impactante na região que a Fundação de Economia e Estatísticas (FEE), com base nessa necessidade, lançou, recentemente, o relatório Estimativas para a população flutuante do Litoral Norte do RS, em que se investigam os oito municípios do Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) Litoral banhados pelo mar — Balneário Pinhal, Cidreira, Tramandaí, Imbé, Xangri-lá, Capão da Canoa, Arroio do Sal e Torres — além das praias de Quintão (pertencente a Palmares do Sul), Atlântida Sul (pertencente a Osório) e Santa Rita de Cássia (pertencente a Terra de Areia) todos oriundos da 18ª CRS/RS (ZUANAZZI, 2016).

Nesse relatório, estimou-se, para a região investigada, cuja população residente era de 208.000 em janeiro de 2015, uma população total (residente mais flutuante) de 501.000 pessoas nesse mesmo mês (considerando a média de todos os dias), um incremento de 141,2%. Capão da Canoa seria o município com a maior população total (106.000), seguido por Tramandaí (96.000) e Torres (65.000), representando um incremento de 123,8%, 101,3% e 72,9% respectivamente (ZUANAZZI, 2016).

Figura 1 – Relação população permanente x flutuante.

Fonte FEE

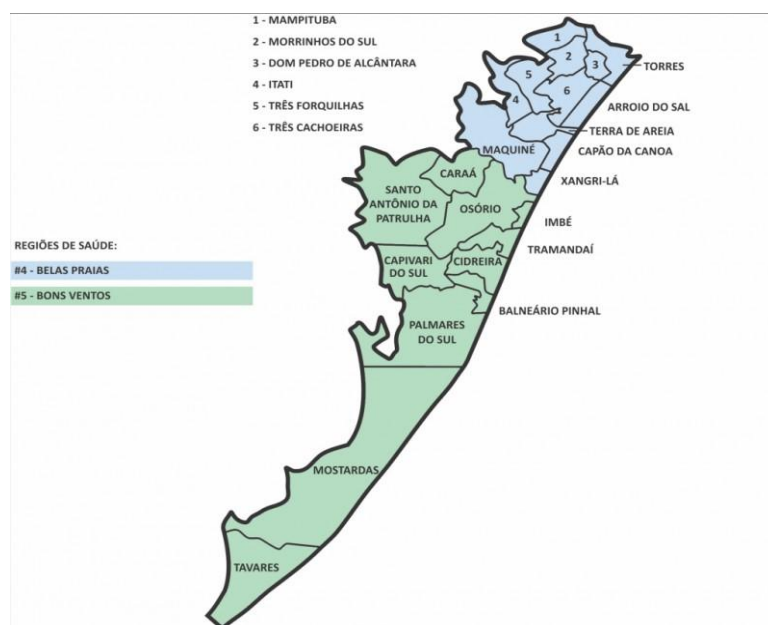
Além da CRS/RS, criaram-se as Regiões de Saúde a qual, foram usados como ponto de partida para a organização do sistema, o território administrativo das próprias Coordenadorias. A partir da avaliação dos critérios propostos (capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e demanda estimada, perfil epidemiológico dos municípios), onde os limites territoriais/fluxos deveriam ser considerados pelas regiões de saúde, independentemente do seu território administrativo. Onde os fluxos envolvam municípios de diferentes coordenadorias, os pactos devem ser discutidos pelas mesmas. A ideia inicial, era que esta avaliação pudesse vir a produzir, em médio prazo, uma proposta mais adequada de regionalização administrativa, condizente com a realidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Importante destacar que, conforme o relatório final da Comissão Especial para realizar o diagnóstico e avaliação da rede de saúde do Rio Grande do Sul, em 2010, ficou estabelecido que as Regiões de Saúde devem possuir autossuficiência em assistência hospitalar e de Serviços de Média Complexidade disponibilizados para esta mesma região (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Desta forma a 18ª CRS/RS, é subdividida em duas regiões de saúde, as quais foram denominadas Belas Praias, a qual está localizada mais ao norte, e Bons Ventos, a qual está localizada mais ao sul. E pertence a macrorregião Metropolitana,

a qual é composta pela 1ª, 2ª e 8ª CRS/RS, além da própria 18ª CRS/RS, a qual possui sede em Porto Alegre, e compreende 88 municípios e uma população de 4.578.706 hab. (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Figura 2 – Mapa geopolítico dos municípios da 18ª CRS/RS.



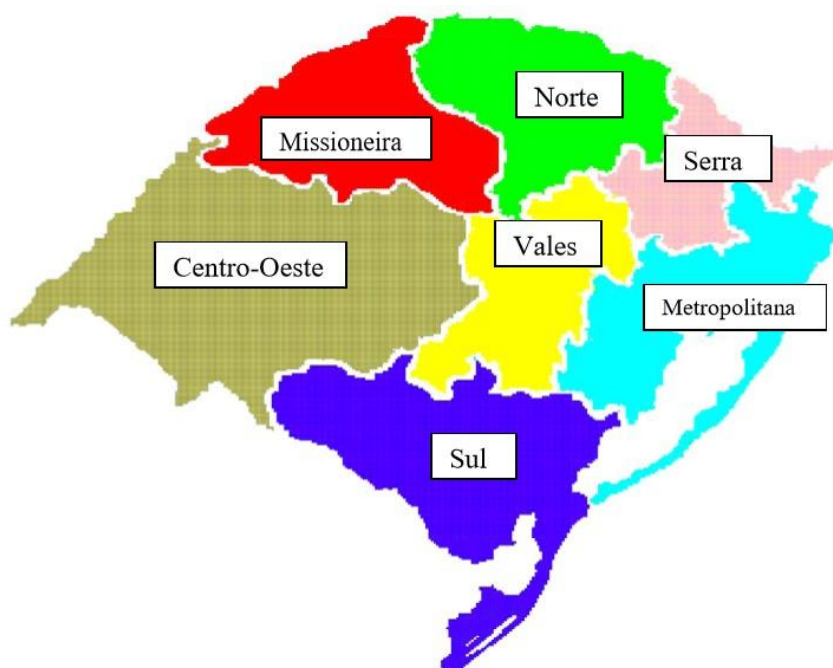
FONTE: SESRS

Além disto, foram definidas as Macrorregiões de Saúde, o qual fora utilizada a divisão territorial já utilizada no Estado, a partir da organização da Urgência e Emergência. Devendo ser revisada, buscando-se adequar os limites territoriais às outras divisões propostas. Devem possuir autossuficiência em serviços de Média Complexidade, de maior densidade tecnológica e em serviços de Alta Complexidade, com exceção de serviços cuja demanda não comporte mais de uma referência estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Desta forma, a criação de sete macrorregiões de atenção integral à saúde, já aprovada pela CIB/RS e pelo CES/RS, visava garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas macrorregiões foram identificados hospitais de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos, hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregional, além de unidades locais de saúde que deverão ser estruturadas a partir da transformação de pequenos hospitais, não resolutivos, em unidades mistas com

atendimento principalmente ambulatorial e com internações curtas e de baixa complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Figura 3 - Mapa geopolítico das macrorregiões de saúde do RS



FONTE: SESRS

4.2 Georreferenciamento em saúde

O primeiro registro de utilização de uma abordagem geográficas, ocorreu em 1854, quando o médico inglês John Snow marcou em um mapa o número de mortos por cólera em cada casa da *Broad Street* no surto daquele ano, com o auxílio de um mapa (FIGURA 4), ele mostrou que o número de mortos em cada casa diminuía na medida em que se afastava de uma bomba usada para o abastecimento de água potável. Mais que isso, não havia nenhum morto na cervejaria (BREWERY) no mapa, onde os operários bebiam a água da fonte usada para a fabricação da cerveja, em lugar da água bombeada. Snow concluiu corretamente que a transmissão da cólera devia estar relacionada com o consumo de água contaminada. Para provar isso e evitar mais mortes Snow usou seu prestígio para fazer com que a alavanca de bombeio fosse retirada. O surto desapareceu graças à esta intervenção georreferenciada (TESSLER, 2010).

Importante ressaltar que ao longo deste período, ocorreu uma rápida evolução das ferramentas de informática, permitindo a efetivação do geoprocessamento, o qual seu início se deu nos EUA e na Inglaterra na década de 50 com o intuito de otimizar a produção e manutenção de mapas, surgindo a ideia do georreferenciamento. Contudo, a partir da década de 80, concomitantemente ao desenvolvimento da tecnologia dos computadores e softwares, o geoprocessamento deu um salto, principalmente após a fundação da *National Centre for Geographical Information and Analysis* (NCGIA), em 1989, quando o geoprocessamento passou a ser reconhecido oficialmente como uma disciplina científica (FARIA, 2008).

O que permitiu nos últimos 20 anos, termos presenciado a massificação do geoprocessamento. Com o lançamento de ferramentas como o Google Earth, onde qualquer pessoa, mesmo que não entenda nada de geoprocessamento, pode ter acesso a mapas de qualquer região do mundo que aliam imagens de satélite, GPS e modelos em 3D (FARIA, 2008). Ferramenta esta que será utilizada para o diagnóstico da RUE da 18ª CRS/RS do estado do Rio Grande do Sul.

Neste sentido a utilização do geoprocessamento no campo da saúde tem se mostrado como ferramenta importante na elaboração e efetivação do diagnóstico e avaliação da oferta de serviços, assim como para vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, pois permite visualizar a distribuição espacial de fatores de risco ambientais e associá-los a determinantes sociais de saúde locais mediante uma análise gráfica (RIBEIRO 2014). Imagens fotográficas permitem registrar a panorâmica territorial, espaços construídos e/ou em edificação e que as pessoas frequentam, locais de interesse para a vigilância (sucatas, ferros-velhos, borracharias, terrenos baldios, água parada, depósitos de lixo, etc), habitação, infraestrutura urbana e lugares de hábitos sócio-culturais (RIBEIRO, 2014).

Desta forma a confecção de mapas interativos se torna útil, pois avalia a oferta de serviços, ajuda aperfeiçoar o processo de trabalho, uma vez que proporciona (re) divisão da área, assim como permite identificar sobreposição de atividades ou vazios (áreas desamparadas) (MONKEN, 2005). Além de fomentar a tomada de decisões baseadas em evidências.

Importante destacar que Geoprocessamento refere-se ao conjunto de técnicas ligadas à informação espacial, que vão desde a coleta, tratamento,

manipulação, até a análise dos dados espaciais voltado para um objetivo específico. Já os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) são sistemas dedicados ao tratamento de dados geográficos, ou seja, são sistemas que preservam o atributo loco regional de dados espaciais. Eles são capazes de armazenar, manipular, visualizar e editar grandes quantidades de dados estruturados em um banco de dados. Numa visão mais lato senso seria: um conjunto manual ou computacional de procedimentos utilizados para armazenar e manipular dados georreferenciados, constituindo um sistema de suporte à decisão que integra dados referenciados espacialmente num ambiente de respostas a problemas (SALMONA, 2018). Uma das ferramentas de Geoprocessamento mais conhecidas e utilizadas pelas pessoas é o *Google Earth*, disponibilizado tanto em software quanto por meio de acesso à internet (PENA, 2013).

As imagens para a construção dos mapas interativos representam formas de captura indireta de informação espacial. Obtidas por meio de satélites, fotografias aéreas ou "scanners" aerotransportados, as imagens são armazenadas na forma de matrizes (CAMARA, 2016). Para a realização do nosso trabalho utilizaremos as matrizes de mapas já oferecidas pelo *Google Earth*, uma vez que são disponíveis gratuitamente e atualizados periodicamente.

4.3 Redes de Atenção à Saúde

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais. A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, segundo a lógica de RAS, tem outros marcos

mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978 (OPS; OMS, 2011, OLIVERIA, 2015).

É aceito, na literatura internacional, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil (OMS, 2004; MENDES, 2009; OLIVERIA, 2015). Além do que, vem-se estabelecendo um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WHO, 2008; OPS, 2005; OLIVERIA, 2015).

No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011, OLIVERIA, 2015).

E em 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde (MS) já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2013).

Para a formação das RAS considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; diagnóstico situacional; criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; articulação do público privado; planejamento pela efetiva necessidade; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento nas pessoas/equipes; criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Assim mostra-se de suma importância ter conhecimento e compreensão dos recursos existentes em sua rede de urgência através do mapa de saúde, para que

seja possível uma análise completa da oferta destes serviços no território da 18ª CRS/RS.

4.3.1 Redes Temáticas Priorizadas

As redes temáticas foram construídas através de demandas dos três entes federativos, buscando enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, e consolidada a partir da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde, as quais estão em diferentes etapas de implantação (BRASIL, 2014) as redes temáticas são:

- Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas).
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde. A qual na sua conformação buscou-se imprimir lógicas comuns entre elas, as quais passariam pela identificação dos componentes das redes temáticas em questão e suas formas de articulação; estabelecimento de fases para a implementação das redes, constando nas portarias específicas os passos necessários para o cumprimento das fases.

Importante destacar, que nem todas as redes identificaram a necessidade de todas as fases construídas inicialmente: diagnóstico e adesão; desenho da rede

regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes/pontos de atenção; e certificação da rede.

Além disto, o processo de formulação das redes temáticas buscou traduzir a governança como um dos grandes instrumentos para gestão e operacionalização das redes, baseando-se no conceito de governança pública, diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro (BRASIL, 2014).

A governança das Redes de Atenção à Saúde está descrita na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações, (BRASIL, 2010).

A governança gerencial das redes efetivou-se em dois arranjos complementares. No nível do território, traduz-se na estruturação dos grupos condutores das redes temáticas definidos nas portarias de redes temáticas já citadas anteriormente e explicitadas na Fase 1 da operacionalização das redes. Entende-se que estes são espaços onde os diagnósticos são construídos, as prioridades são estabelecidas e os desenhos das redes são elaborados. Neste espaço são, portanto, elaborados os Planos de Ação das Redes (PARs). Estes grupos condutores são responsáveis pelo acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores envolvidos nesta, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2014).

O outro arranjo é dado pela Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que institui os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos

prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de Atenção à Saúde. A intenção deste arranjo é conformar uma estrutura federal de coordenação dos compromissos prioritários do governo que dialogue com os conceitos de redes de forma matricial, compartilhada e democrática (BRASIL, 2011a).

4.3.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros.

Na atenção às urgências, a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível (ROCHA, 2005). A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliados ao aprimoramento da assistência primária são atributos dos gestores na organização dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência.

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.600/2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, revogando a Portaria GM/MS n. 1.863/2003. De acordo com essa normativa, constituem-se diretrizes, entre outras, da Rede de Atenção às Urgências a ampliação do acesso e do acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; a atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; e a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de

Atenção às Urgências com garantia da equidade e da integralidade (ARAUJO, 2012).

Uma das principais estratégias de qualificação da RUE está na consolidação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a qual tem como objetivo, diminuir as filas nas emergências dos hospitais, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Segundo Ministério da Saúde, onde as UPAs já estão em funcionamento, a necessidade de o paciente buscar atendimento em hospital foi reduzida em 96% (CONASS, 2015).

Após, logo em seguida, nos anos de 2011, 2012 e 2013, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias aprovando os Planos de Ação Regionais (PARs) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) assim conformando-a da seguinte maneira:

Tabela 1 – Equipamentos de saúde que compõem a RUE

Componentes da RUE	Marco legal	Característica
Salas de Estabilização	A Sala de Estabilização foi instituída pela Portaria MS/GM nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização	Deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. (BRASIL, 2014).
A Força Nacional do SUS (FN-SUS)	Instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, e regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força	A FN-SUS é componente da Rede de Urgência e Emergência, composta por um Comitê Gestor formado pela Secretaria-Executiva (BRASIL, 2014).

	Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).	
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012.	<p>É o componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade (BRASIL, 2013).</p> <p>As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser (BRASIL, 2013):</p> <p>I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;</p> <p>II – Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;</p> <p>III – Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;</p> <p>IV – Equipe de embarcação – equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;</p> <p>V – Motolância – motocicleta conduzida por um profissional</p>

		<p>de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;</p> <p>VI – Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro</p>
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	<p>Redefinida suas diretrizes de modelo assistencial e financiamento pela Portaria MS/GM Nº 10 de 3 de Janeiro de 2017.</p>	<p>A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar. Visa proporcionar a população terá um melhor atendimento à saúde, com menor fila nos prontos socorros de hospitais, aumentar a capacidade de atendimento do SUS (BRASIL, 2017). A UPA possui três portes, de acordo com a população do município e sua capacidade de atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porte I: tem o mínimo de 7 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. • Porte II: tem o mínimo de 11 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes. • Porte III: tem o mínimo de 15 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.
Atenção Domiciliar	<p>Foi redefinido pela Portaria MS/GM Nº 825, de 25 de Abril de 2016</p>	<p>O Programa Melhor em Casa foi lançado em 2011, visando à implantação da Política de Atenção Domiciliar no Brasil, ao qual é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção</p>

		<p>à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (Brasil, 2016).</p>
<p>Componente Hospitalar</p>	<p>Normatizada pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011, a qual organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</p>	<p>Possui objetivos de:</p> <p>I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;</p> <p>II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e</p> <p>III- garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2011a).</p> <p>Constituem diretrizes:</p> <p>I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;</p> <p>II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;</p> <p>III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;</p> <p>IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e</p> <p>V - atenção multiprofissional,</p>

		instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado (BRASIL, 2011a)
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Normatizada pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011, a qual organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	As portas de entrada é um subcomponente Hospitalar, considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011a).
Leitos de retaguarda	Normatizada pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011, a qual organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Outro sub componente Hospitalar de Atenção às Urgências tem por finalidade garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva. (BRASIL, 2011a).

Importante destacar a importância da Atenção Primária a Saúde, na RUE local, uma vez que, em virtude do seu acesso universal, e por muitas vezes ser o serviço de saúde mais próximo do evento, e mesmo que nestes serviços sua demandas devem ser preferencialmente de baixa complexidade, estas equipes devem estar preparada para a avaliação e detecção dos episódios de urgência e emergência, assim como seus fluxos, uma vez que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um paciente em situação de gravidade, é fator decisivo para a sobrevida e bom prognóstico do caso, e desta forma realizando o encaminhamento mais adequado a sua necessidade, uma vez que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos dos seus problemas antes de buscarem atendimento (STARFIELD, 2002).

4.3.3 Linha do cuidado do IAM

A Linha do Cuidado do IAM, instituída pela Portaria MS/GM nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, e parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio, o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas e institui no âmbito do SUS a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), entre outras definições (BRASIL, 2011a).

Tal medida se fez necessário, uma vez que a doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo inteiro. Nenhuma outra doença tem maior impacto clínico ou determina maiores gastos financeiros. O mecanismo da DAC geralmente se relaciona à obstrução da luz da artéria coronária por uma placa aterosclerótica, fazendo com que o fluxo sanguíneo se torne insuficiente para uma determinada região do miocárdio, devido ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio (BRASIL, 2011b).

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007. Os gastos com internações pelo SUS totalizaram 1,2 milhões em 2009 e, com envelhecimento da população e mudança dos hábitos de vida, a prevalência e importância das DCV tende a aumentar nos próximos anos (BRASIL, 2011b).

A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40%-65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas. Assim, a maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar, geralmente desassistidas pelos médicos. A modalidade mais frequente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas do IAM é a fibrilação ventricular (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009).

O objetivo da Linha de cuidado do IAM é garantir que o paciente com este agravo, sendo ele com supra de ST receba a terapia de reperfusão em tempo adequado, com acesso à terapia intensiva e ao tratamento e estratificação complementares à reperfusão. Considera-se que o tempo total de isquemia (entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão) deve ser idealmente até 120

minutos. É essencial que os protocolos de atenção do IAM sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha do Cuidado, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas, conforme as diretrizes internacionais (BRASIL, 2011b).

Entre os avanços obtidos com a Linha de Cuidado do IAM, esta, além da ampliação da oferta de leitos e as terapias de revascularização, a possibilidade da execução de serviços de diagnóstico eletrocardiográfico e consultoria cardiológica por meio da telemedicina³, permitindo desta forma o diagnóstico precoce, por conseguinte, o início do tratamento dentro dos prazos estabelecidos, mesmo nas localidades mais distantes dos grandes centros urbanos.

Importante destacar que ficou estabelecido na CIB – RS através da Resolução Nº 246/17, que os municípios que compreendem a 18ª CRS/RS terão como referências na Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, a infraestrutura da macrorregião metropolitana, onde todos os hospitais estão localizados em Porto Alegre, sendo eles:

- Hospital de Clínicas
- Hospital Nossa Senhora da Conceição
- Hospital São Lucas da PUC
- Instituto de Cardiologia
- Santa Casa Misericórdia de Porto Alegre

4.3.4 Linha de cuidado do AVC

A Linha do Cuidado do AVC, instituída pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, e parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, propõe uma redefinição de estratégias que dêem conta das necessidades

³ A Telemedicina é definida como a prestação de serviços de saúde por meio do uso de informação e tecnologias de comunicação à distância

específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sociodemográfico considerável, a exemplo do aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população, aumentando os fatores de risco e dimensionando mais ainda o seu desafio no SUS (BRASIL, 2013).

Importante destacar que apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVC pode ocorrer em qualquer idade. As doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, sendo a principal causa de incapacidade no mundo. Aproximadamente 70% das pessoas não retornam ao trabalho após um AVC devido às sequelas e 50% ficam dependentes de outras pessoas. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030 (BRASIL, 2013).

Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como o surgimento de um déficit neurológico súbito causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central. Podendo ser classificado como isquêmico, em 85% dos casos, o qual ocorre pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no seu território vascular, ou hemorrágico, o qual é causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnoideo (hemorragia subaracnoide) (BRASIL, 2012).

Em virtude AVC isquêmico representar uma taxa de incidência muito elevada, e possuir tratamento efetivo que permitem a redução da mortalidade e incapacidade física, quando iniciado o processo de desobstrução arterial o mais precoce possível – em um prazo máximo de 4,5 horas do início dos sintomas – se faz, extremamente, necessário que todos os serviços e profissionais de saúde estejam aptos e qualificados a identificar estes agravos.

No Rio Grande do Sul, um ano após o lançamento da Linha de Cuidado do AVC a nível nacional, o Governo do Estado, através da SES, publica a Resolução Nº 246/13 – CIB/RS, (Republicada através da Resolução Nº 243/16 – CIB / RS, por incorreção) que aprova as referências para a linha de cuidados dos leitos de AVC e estabelece critérios para transporte e de regulação dos pacientes dentro da Linha do Cuidado do AVC, conforme protocolo de atendimento e rotinas do AVC,

estabelecendo o tempo limite de 4,5 horas do início dos sintomas para inclusão do paciente no protocolo de AVC.

4.3.5 A definição da Terapia

A atual disponibilidade de métodos mecânicos e farmacológicos para o restabelecimento do fluxo sanguíneo em uma artéria obstruída tem possibilitado a mudança da historia natural do tanto do AVC, quanto do IAM.

Atualmente, no Brasil, a terapêutica mais difundida na restauração do fluxo sanguíneo de uma artéria obstruída tem sido a trombólise, uma vez que seu acesso facilitado permite sua utilização, nos casos de IAM, inclusive no atendimento pré hospitalar.

Trombólise, como o próprio nome já define, diz respeito à lise de um trombo. Como no IAM a restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico, porém só indicado nos casos de IAMCSST⁴, no qual a trombose coronariana é o principal mecanismo fisiopatológico subjacente, limitando a extensão da necrose miocárdica e reduzindo a mortalidade (BRASIL, 2011b). E no AVC, somente nos casos isquêmicos, o qual decorre da obstrução de um vaso arterial cerebral, seja por um êmbolo proveniente de um sítio proximal, seja por um trombo formado in situ, a idéia fundamental desta terapia é a desobstrução desta artéria antes que haja um grau de lesão tecidual irreversível (TEIXEIRA, 2004).

Em ambos os casos esta técnica tem se mostrado efetiva, se utilizado dentro dos limites de tempo pré estabelecido. Mas apesar de essa terapia trombolítica ser amplamente disponível, facilmente administrada e custo-efetivo, existem limitações importantes no seu uso, especificamente relacionadas à existência de pacientes que não são elegíveis para a trombólise química. Porém apesar de tais limitações, a possibilidade de realização de trombólise, nos casos de IAMCSST no ambiente pré-hospitalar e a ampla disponibilidade dos trombolíticos tornam este tratamento como de eleição em muitos sistemas de saúde (BRASIL, 2011b). E com relação ao AVC, o

⁴ Diagnostico de infarto com supradesnivelamento do segmento ST

único tratamento disponível no SUS para desobstrução arterial no AVC isquêmico ainda é a revascularização química, através da utilização de trombolíticos.

Critérios de inclusão da trombólise no AVC a) AVC isquêmico em qualquer território encefálico; b) Possibilidade de se iniciar a infusão do trombolítico dentro de 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas (para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido. Caso os sintomas forem observados ao acordar, deve-se considerar o último horário no qual o paciente foi observado normal); c) Tomografia computadorizada do crânio ou ressonância magnética sem evidência de hemorragia; d) Idade superior a 18 anos (MARTINS, 2012).

Com relação ao IAMCSST existem duas formas principais de reperfusão coronariana: a química, com agentes trombolíticos, e a mecânica, através da angioplastia primária. A revascularização miocárdica cirúrgica é reservada para casos selecionados, de alto risco, em que não houve sucesso ou há contra-indicações para outro método (SANT'ANNA, 2007).

A angioplastia primária tem vantagens no que se refere ao sucesso, já que leva a revascularização completa em 90 a 95% dos pacientes. Atualmente, a reoclusão do vaso-alvo é rara (cerca de 1% dos casos), reduzindo em muito a necessidade de cirurgia de revascularização de urgência. A maior limitação da angioplastia primária é a sua disponibilidade e o atraso na transferência do paciente para um centro médico capacitado. O benefício, porém, depende da disponibilidade de hemodinâmica 24h e da rápida realização do procedimento e desaparece se o atraso para a realização da angioplastia for maior que 120 minutos. Assim, a escolha da melhor estratégia de reperfusão no IAM depende de fatores relacionados à disponibilidade regional de recursos e pode variar de região para região (BRASIL, 2011b).

4.3.6 A identificação dos pacientes e a logística para o início do tratamento.

Como o diagnóstico do infarto se baseia primariamente no eletrocardiograma de 12 derivações, a oportunidade de se reduzir o tempo entre o diagnóstico e a intervenção depende da aquisição rápida e interpretação adequada do ECG,

podendo ser utilizado o serviço de telemedicina⁵ ainda no atendimento pré hospitalar. Com o diagnóstico pré-hospitalar de IAM com supra, é possível tanto realizar a trombólise na unidade móvel – no Brasil, através do SAMU –, quanto referenciar o paciente a um serviço médico capaz de estabelecer tratamento de reperfusão imediata, seja ele, a angioplastia primária (preferencialmente) ou a infusão de trombolíticos. Mesmo que a Unidade pré-hospitalar encaminhe o paciente a um hospital com possibilidade de tratar o infarto em curso, o tempo até a realização do ECG seria eliminado com a realização pré-hospitalar do exame, estando a equipe já de prontidão para o seu atendimento.

O objetivo final é sempre o reconhecimento precoce do infarto agudo do miocárdio, objetivando que a introdução do tratamento seja o mais rápido possível, seja pela trombólise pré-hospitalar, seja pela angioplastia primária ou trombólise hospitalar (BRASIL, 2011b).

No Estado do Paraná, a Linha de Cuidado do IAM, é equipada com o Núcleo de telessaúde – NTS, o qual oferece as teleconsultorias síncronas, isto é, comunicação em tempo real, haja vista o caráter de emergência do IAM. Essa comunicação pode se dar entre dois profissionais de saúde ou por meio da transmissão de um eletrocardiograma para avaliação e indicação de conduta (PARANÁ, 2016).

A equipe médica ou pré hospitalar do SAMU fazem a anamnese e o exame físico do paciente. Ao constatar dor torácica, rapidamente realiza o eletrocardiograma (ECG) e o transmite ao Núcleo de Telessaúde (NTS) habilitado para realizar tele consultoria síncrona (PARANÁ, 2016).

Os especialistas do NTS diagnosticam IAMCSST e orienta a equipe médica ou pré hospitalar do SAMU para o tratamento por meio de transferência para um hospital com serviço de hemodinâmica capaz de fazer a Angioplastia Primária (AP) em até 90 minutos, contando os tempos de acionamento e do transporte adequado, admissão ao hospital especializado, admissão ao serviço de hemodinâmica e

⁵ A Telemedicina é definida como a prestação de serviços de saúde por meio do uso de informação e tecnologias de comunicação à distância.

tratamento da lesão culpada, denominado tempo porta-balão⁶. Caso não seja possível a ICP primária em tempo hábil, o cardiologista do NTS recomenda o tratamento com fibrinolítico se o paciente não tiver contraindicações, bem como orienta todo o tratamento farmacológico já descrito nesta Linha de Cuidado, conforme o quadro clínico do paciente (PARANÁ, 2016).

⁶ O tempo porta balão consiste no intervalo de tempo médio decorrido entre a chegada do paciente com sintomas de IAMCSST, em uma Unidade de Pronto Atendimento, até o início da Angioplastia Primária, no serviço de Hemodinâmica, feita por um cateter balão para desobstrução da artéria afetada.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Tipologia da pesquisa

Essa pesquisa se caracteriza como qualitativa e descritiva, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso.

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região "visível, ecológica, morfológica e concreta", a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2001).

Desta forma, tal trabalho buscará quantificar os serviços de saúde, pertencentes aos componentes da RUE do território em análise, e após avaliar o impacto da oferta destes serviços na sociedade.

Os estudos analíticos procuram investigar a correlação entre variáveis, buscam especificar o grau pelos quais diferentes variáveis estão relacionadas, com vistas a entender o modo pelo qual as variáveis estão operando. (ANDRADE, 2011). Sendo assim, este trabalho, analisará os reflexos na sociedade desde a implantação da RUE na 18ª CRS/RS.

5.1.2 População e Amostra

A população analisada será os componentes da RUE, conforme a legislação em vigor, existentes na área de abrangência da 18^o CRS/RS e sua distribuição territorial, desde a implantação da RUE na 18^a CRS/RS.

5.1.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Os dados serão obtidos através da coleta de dados secundários, os quais serão utilizados fontes ou documentos escritos, registrados (ANDRADE, 2011).

Assim, para esta pesquisa, as informações, relativas aos serviços ofertados, que totalizam os componentes da RUE, do território de abrangência da 18^a CRS/RS, no período que compreende sua criação legal, em de 2011 até os dias atuais, serão coletadas através do site do CNES, onde constam a quantidade, tipo, localização e ano. Após, estes dados serão georreferenciados em mapas digitais, para análise, a fim de observar se a oferta destes serviços de saúde estão de acordo, conforme estipulados nas portarias e decretos, tanto ministeriais quanto estaduais.

Além de avaliar o impacto desta política utilizando o indicador Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) conforme Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015 do MS, através de dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

5.1.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados

A partir das informações captadas, será construído um banco de dados com o total dos componentes da RUE ofertados, tipo e localização por município. Estes, serão agregados por tipo de serviço: a) Atenção básica, cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); b) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e serviços equivalentes (Pronto

Atendimento Municipal); c) Atenção hospitalar, por município. Para compilação serão utilizadas planilhas do Excel onde serão catalogados. Após tais dados serão projetados no mapa territorial georreferenciado da 18ª CRS/RS, e será analisado a sua distribuição geográfica, verificando se atende as necessidades regionais, a partir da análise dos determinantes das portarias e decretos ministeriais e estaduais, assim como o impacto destas políticas desde a implantação da RUE na 18ª CRS/RS.

5.1.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Essa pesquisa não realizará nenhum tipo de entrevista nem aplicação de questionários, estando dispensada de aprovação por comitê de ética em pesquisa, segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

6. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados do território da 18ª CRS/RS compreendeu a oferta de serviços de saúde disponíveis da RUE local, assim como os fluxos previamente estabelecidos para a região, além o tempo de transporte para o deslocamento do paciente até o serviço de maior complexidade, a fim de iniciar o tratamento para estes agravos o mais rápido possível, e dentro do prazo limite para inclusão do paciente, tanto no protocolo de AVC, quanto de IAM, evitando desta forma, além das mortes, as incapacidades físicas permanentes.

Neste sentido é importante destacar o vasto espaço geográfico que compreende todo o território da 18ª CRS/RS, o que afeta diretamente o tempo de deslocamento do paciente, por consequência, aumentando o prazo para início do tratamento efetivo. Também não menos importante, se faz necessário destacar a importância da oferta de atendimento pré hospitalar pelo SAMU, uma vez que, em sua própria estrutura, é ofertada a regulação médica, com os fluxos atualizados, com definição clara para as portas de entradas para estes agravos, a fim de reduzir o tempo de atraso do sistema, possibilitando cada vez mais a inclusão dos pacientes afetados, dentro dos prazos, para os protocolos de AVC e IAM. Sua ausência no tratamento retarda a avaliação imediata, e por consequência, retarda o início do tratamento.

A análise do RUE local da 18ª CRS/RS consiste em descrever a oferta dos serviços que englobam os componentes desta rede, em especial para diagnóstico e início precoce do tratamento dos agravos agudos de AVC e IAM.

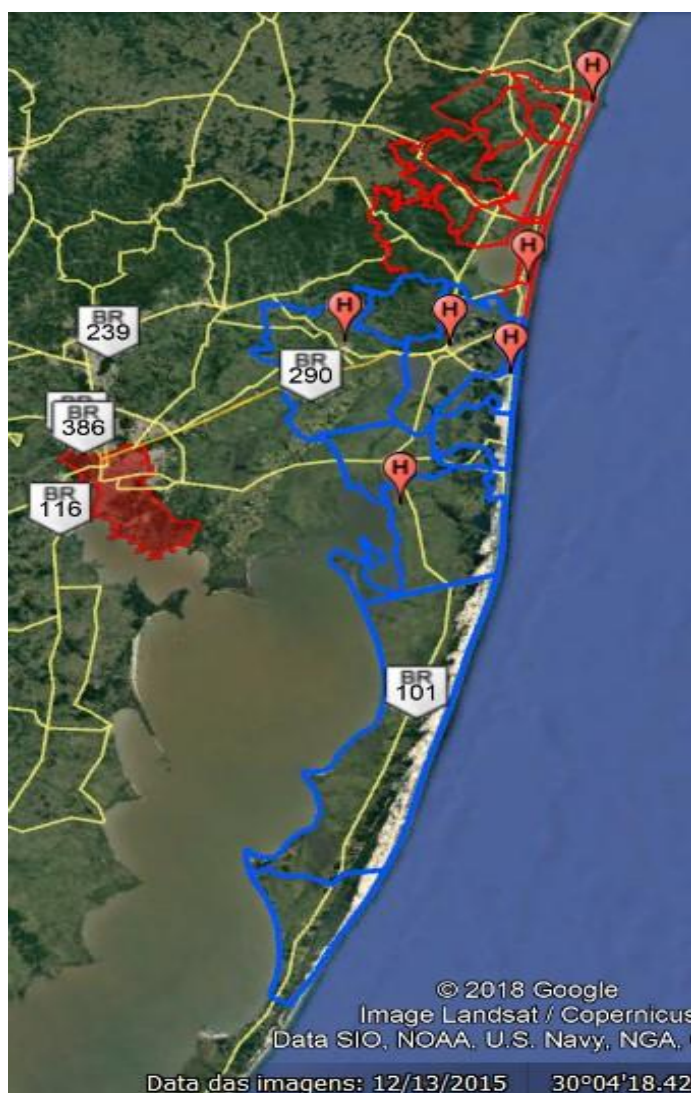
Utilizamos como referencia de serviços oferecidos na RUE local, os componentes existente na Portaria GM/MS n. 1.600/2011, e na ausência, identificamos a existência (ou não) de um serviço equivalente. Sendo catalogados a partir das informações disponíveis no DATUSUS⁷. Além disto, foi descrito as distância e tempos de deslocamentos, dos municípios para os serviços de referencia de porta de entrada para início precoce dos protocolos de AVC e IAM, como padrão

⁷ O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

de referencia das distâncias entre os serviços, assim como seu tempo de deslocamento a serem percorridas durante o atendimento pré hospitalar, foram empregados os valores encontrado no aplicativo *Google Maps*, sempre utilizando o descritor deslocamento mais rápido em transito normal. Importante ressaltar que o tempo de deslocamento depende de outros fatores como condições de pavimentação das rodovias, intensidade do fluxo do trânsito, velocidade empregada no veiculo e condições climáticas.

Juntamente com a oferta de serviços, foi realizado um breve histórico dos indicadores sociais deste município, com ênfase na expectativa de vida, taxa de envelhecimento e total populacional, assim como a economia e o gasto com saúde proporcionalmente arrecado.

Figura 5 – Mapa das principais rotas rodoviárias da 18ª CRS/RS



Fonte: Google Earth

6.1 Análise dos Municípios da Região de Saúde Belas Praias

6.1.1 Arroio do Sal

É um município com população de 7.740 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 9.842, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento do município, apresentando uma expectativa de vida de 75,6 anos e uma taxa de envelhecimento de 14,06% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (51% do PIB) e serviços (34% do PIB), ocupando 218ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 23,09% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,698 e o IDEB de 6,1 (SEBRAE, 2019).

Tabela 3 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Arroio do Sal Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ Distância por rodovia de 29 Km ² Tempo de deslocamento 31 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ Distância por rodovia de 29 Km ² Tempo de deslocamento 31 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 171 Km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 8 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.2. Capão da Canoa

É um município com população de 42.040 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 52.004, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento do município, apresentando uma expectativa de vida de 76,1 anos e uma taxa de envelhecimento de 8% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca os serviços (44% do PIB) e o comércio (40% do PIB) e, ocupando 74º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 25,22% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,743 e o IDEB de 5,2 (SEBRAE, 2019).

Tabela 4 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Capão da Canoa Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB + SA ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	SIM ¹
Linha de cuidado – AVC	SIM ¹
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 140 Km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 48 minutos ²
Leitos de retaguarda	SIM ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	22,86% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	57,75% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.3 Dom Pedro de Alcântara

É um município com população de 2.550 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 2.541, não apresentando crescimento populacional no período, e apresenta uma expectativa de vida de 76,2 anos e uma taxa de envelhecimento de 12,9% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca a agricultura, ocupando 438ª posição no ranking da economia gaúcha. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,691 (SEBRAE, 2019).

Tabela 5 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Dom Pedro de Alcântara – Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ distância por rodovia de 9,6 Km ² Tempo de deslocamento 17 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ distância por rodovia de 9,6 Km ² Tempo de deslocamento 17 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ distância por rodovia de 181 Km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 14 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.4 Itati

É um município com população de 2.584 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 2.441, o apresenta diminuição da população em virtude do êxodo rural, apresentando uma expectativa de vida de 74,6 anos e uma taxa de envelhecimento de 15,4% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca serviços (34% do PIB), comércio (30% do PIB) e indústria e construção civil (30% do PIB), ocupando 414^o posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 30,02% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,669 (SEBRAE, 2019).

Tabela 6 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Itati – Região Belas praias – 18^a CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Capão da Canoa ¹ distância por rodovia de 40 Km ² Tempo de deslocamento 39 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Capão da Canoa ¹ distância por rodovia de 40 Km ² Tempo de deslocamento 39 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ distância por rodovia de 154 Km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 54 minutos ²
Leitos de retaguarda	Capão da Canoa ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.5 Mampituba

É um município com população de 3.003 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 2.990 apresentando leve diminuição da população no período, com uma expectativa de vida de 73,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 11,5% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca serviços (46% do PIB), comércio (26% do PIB) e indústria e construção civil (25% do PIB) ocupando 465ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 22,93% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,649 e o IDEB de 5,5 (SEBRAE, 2019).

Tabela 7 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Mampituba Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ Distância por rodovia de 43 km ² Tempo de deslocamento 45 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ Distância por rodovia de 43 km ² Tempo de deslocamento 45 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 200 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 43 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.6 Maquiné

É um município com população de 6.905 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 6.749, apresentando leve diminuição da população no período, com uma expectativa de vida de 77,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 14,8% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (41% do PIB) e serviços (31% do PIB), ocupando 314^o posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 21,22% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,682 e o IDEB de 5,3 (SEBRAE, 2019).

Tabela 8 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Maquiné Região Belas praias – 18^a CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Capão da Canoa ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 29 km ² Tempo de deslocamento 28 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 29 km ² Tempo de deslocamento 28 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 128 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 36 minutos ²
Leitos de retaguarda	Capão da Canoa ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	98,18% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	73,63% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.7 Morrinhos do Sul

É um município com população de 3.182 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 2.979 apresentando leve diminuição da população no período, com uma expectativa de vida de 75,5 anos e uma taxa de envelhecimento de 14,2% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (44% do PIB) e serviços (40% do PIB), ocupando 449ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 21,53% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,711 e o IDEB de 6,6 (SEBRAE, 2019).

Tabela 9 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Morrinhos do Sul Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ Distância por rodovia de 23 km ² Tempo de deslocamento 28 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ Distância por rodovia de 23 km ² Tempo de deslocamento 28 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 200 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 13 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.8 Terra de Areia

É um município com população de 9.878 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 11.088, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento do município, o qual apresenta uma expectativa de vida de 74,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 11,8% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (48% do PIB) e serviços (32% do PIB), ocupando 216^o posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 22,46% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,689 e o IDEB de 5,5 (SEBRAE, 2019).

Tabela 10 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Terra de Areia Região Belas praias – 18^a CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Capão da Canoa ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 33 km ² Tempo de deslocamento 35 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 33 km ² Tempo de deslocamento 35 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 143 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 43 minutos ²
Leitos de retaguarda	Capão da Canoa ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	64,42% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	80,52% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.9 Torres

É um município com população de 34.656 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 38.386, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 76,7 anos e uma taxa de envelhecimento de 11,1% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca os serviços (46% do PIB) e o comércio (40% do PIB) e, ocupando 71ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 20,54% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,762 e o IDEB de 6,3 (SEBRAE, 2019).

Tabela 11 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Torres – Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB + SA + MOTO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	SIM ¹
Linha de cuidado – AVC	SIM ¹
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 185 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 15 minutos ²
Leitos de retaguarda	SIM ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	55,43% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	52,35% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.10 Três Cachoeiras

É um município com população de 10.217 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 10.989, com uma expectativa de vida de 75,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 11,5% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (41% do PIB) e serviços (38% do PIB), ocupando 206^o posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 31,84% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,718 e o IDEB de 6,2 (SEBRAE, 2019).

Tabela 12 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Três Cachoeiras – Região Belas praias – 18^a CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ Distância por rodovia de 28 km ² Tempo de deslocamento 24 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ Distância por rodovia de 28 km ² Tempo de deslocamento 24 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 165 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 57 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.11 Três Forquilhas

É um município com população de 2.914 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 2.725 apresentando leve diminuição da população no período, com uma expectativa de vida de 73,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 15,9% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca os serviços (46% do PIB) e o comércio (43% do PIB), ocupando 454º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 21,65% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,662 e o IDEB de 6,5 (SEBRAE, 2019).

Tabela 13 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Três Forquilhas Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB (atendimento compartilhado com Terra de Areia) ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	Terra de Areia (Atendimento Compartilhado) ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Torres ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Torres ¹ Distância por rodovia de 39 km ² Tempo de deslocamento 34 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Torres ¹ Distância por rodovia de 39 km ² Tempo de deslocamento 34 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 154 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 53 minutos ²
Leitos de retaguarda	Torres ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	0 % (não aderiu) ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.1.12 Xangri-lá

É um município com população de 12.434 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 16.025, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 76,1 anos e uma taxa de envelhecimento de 8,8% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (41% do PIB) e os serviços (38% do PIB), ocupando 127º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 24,47% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,735 e o IDEB de 5,4 (SEBRAE, 2019).

Tabela 14 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Arroio do Sal Região Belas praias – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB + SA (Atendimento compartilhado com Capão da Canoa ¹)
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Capão da Canoa ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 4,7 Km ² Tempo de deslocamento 10 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Capão da Canoa ¹ Distância por rodovia de 4,7 Km ² Tempo de deslocamento 10 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 132 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 41 minutos ²
Leitos de retaguarda	Capão da Canoa ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	95,63 % ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	75,71 % ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2 Análise dos Municípios da Região de Saúde Bons Ventos

6.2.1 Balneário Pinhal

É um município com população de 10.856 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 13.760, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 75,2 anos e uma taxa de envelhecimento de 15,4% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (58% do PIB) e os serviços (32% do PIB), ocupando 215^o posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 23,54% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,696 e o IDEB de 5,1 (SEBRAE, 2019).

Tabela 14 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Balneário Pinhal – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Tramandaí ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 40 km ² Tempo de deslocamento 41 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 40 km ² Tempo de deslocamento 41 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 145 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 53 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	82,85% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.2 Capivari do Sul

É um município com população de 7312 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 8187, e apresenta uma expectativa de vida de 75,2 anos e uma taxa de envelhecimento de 9,4% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (36% do PIB), serviços (28% do PIB) e a agropecuária (23% do PIB), ocupando 350ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 34,04% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,652 e o IDEB de 5,6 (SEBRAE, 2019).

Tabela 15 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Capivari do Sul Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB (atendimento compartilhado com Palmares do Sul) ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM (das 07h00min às 21h00min, e após a referência é Palmares do Sul) ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Palmares do Sul (Baixa Complexidade) e Osório (Média complexidade) ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Osório ¹ Distância por rodovia de 42 km ² Tempo de deslocamento 35 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 57 km ² Tempo de deslocamento 52 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 96 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 30 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	79,86% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015, 2 Google Earth

6.2.3 Caraá

É um município com população de 3.890 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 4.589, e apresenta uma expectativa de vida de 74,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 20,3% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca os serviços (66,1% do PIB) e a agropecuária (20,8% do PIB), ocupando 350ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 18,14% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,766 e o IDEB de 6,1 (SEBRAE, 2019).

Tabela 16 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Caraá – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	NÃO ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	Santo Antônio da Patrulha (Atendimento Compartilhado) ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Santo Antônio da Patrulha ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Santo Antônio da Patrulha ¹ Distância por rodovia de 12 km ² Tempo de deslocamento 24 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 63 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 13 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 94 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 25 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	100% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.4 Cidreira

É um município com população de 10.856 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 13.760, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 75,2 anos e uma taxa de envelhecimento de 15,4% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (58% do PIB) e os serviços (32% do PIB), ocupando 215ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 23,54% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,696 e o IDEB de 5,1 (SEBRAE, 2019).

Tabela 17 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Cidreira – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB (atendimento compartilhado com Balneário Pinhal) ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Osório ¹ Distância por rodovia de 48 km ² Tempo de deslocamento 52 minutos ²
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Santo Antônio da Patrulha ¹ Distância por rodovia de 63 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 7 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 32 km ² Tempo de deslocamento 41 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 101 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 54 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	95,1% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.5 Imbé

É um município com população de 17.670 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 22.309, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 75,8 anos e uma taxa de envelhecimento de 12,3% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (45% do PIB) e os serviços (39% do PIB), ocupando 130ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 23,9% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,764 e o IDEB de 5,3. (SEBRAE, 2019).

Tabela 18 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Imbé – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SA (Atendimento compartilhamento com Tramandaí) + SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Tramandaí ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 1,4 Km ² Tempo de deslocamento 5 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 1,4 Km ² Tempo de deslocamento 5 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 123 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 37 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	82,85% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.6 Mostardas

É um município com população de 12.124 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 12.760, o qual apresenta uma expectativa de vida de 75,9 anos e uma taxa de envelhecimento de 12,7% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (35% do PIB), a agropecuária (32% do PIB) e os serviços (25% do PIB), ocupando 130ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 28,76% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,664 e o IDEB de 5,1 (SEBRAE, 2019).

Tabela 19 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Mostardas Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB (Atendimento compartilhamento com Tavares) ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM (de baixa complexidade em hospital de pequeno porte) ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Osório ¹ Distância por rodovia de 166 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 6 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 183 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 25 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 201 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 59 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	81,13% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	63,1% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.7 Osório

É um município com população de 40.906 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 45.557, o qual apresenta uma expectativa de vida de 76,2 anos e uma taxa de envelhecimento de 10,5% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (42% do PIB) e os serviços (31% do PIB), ocupando 51º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 22,76% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,751 e o IDEB de 5,9 (SEBRAE, 2019).

Tabela 20 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Osório – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB + SA ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	SIM ¹
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 23 km ² Tempo de deslocamento 29 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 103 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 18 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	62,46% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	53,35% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.8 Palmares do Sul

É um município com população de 10.969 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 11.306, o qual apresenta uma expectativa de vida de 76,1 anos e uma taxa de envelhecimento de 14,9% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (41% do PIB) e os serviços (31% do PIB), ocupando 132º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 22,65% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,622 e o IDEB de 5,4 (SEBRAE, 2019).

Tabela 21 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Palmares do Sul – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM (apenas diurno) ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM (de baixa complexidade em hospital de pequeno porte) ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Osório ¹ Distância por rodovia de 57 km ² Tempo de deslocamento 50 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 72 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 6 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 92 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 47 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	90,54% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	65,39% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitana – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.9 Santo Antônio da Patrulha

É um município com população de 39.685 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 42.648, o qual apresenta uma expectativa de vida de 77 anos e uma taxa de envelhecimento de 13,1% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (41% do PIB) e os serviços (32% do PIB), ocupando 73º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 20,89% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,717 e o IDEB de 5,9 (SEBRAE, 2019).

Tabela 22 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Santo Antônio da Patrulha – Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	NÃO ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	SIM ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	SIM ¹
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí ¹ Distância por rodovia de 54 km ² Tempo de deslocamento 52 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 82 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 1 minuto ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	61,37% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	65,46% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.10 Tavares

É um município com população de 5.479 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa populacional para o ano de 2018 para 5.351, o qual apresenta uma expectativa de vida de 74,7 anos e uma taxa de envelhecimento de 16,7 (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (44% do PIB) e os serviços (38% do PIB), ocupando 479ª posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 30,88% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,656 e o IDEB de 5,4 (SEBRAE, 2019).

Tabela 23 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Tavares Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	NÃO ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	NÃO ¹
Componente Hospitalar	Mostardas (de baixa complexidade em hospital de pequeno porte) ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	Osório ¹ Distância por rodovia de 194 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 30 minutos ²
Linha de cuidado – AVC	Tramandaí Distância por rodovia de 210 km ² Tempo de deslocamento 2 horas e 46 minutos ²
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 228 km ² Tempo de deslocamento 3 horas e 21 minutos ²
Leitos de retaguarda	Tramandaí ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	62,04% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	72,38% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.2.11 Tramandaí

É um município com população de 41.585 pessoas, conforme censo do IBGE de 2010, e que apresentou uma estimativa de crescimento para o ano de 2018 para 50.760, o qual este aumento decorre, em parte, da migração de aposentados dos grandes centros para este município, acelerando o processo de envelhecimento deste município, apresentando uma expectativa de vida de 75,5 anos e uma taxa de envelhecimento de 10,3% (IBGE, 2010).

Apresenta uma economia que se destaca o comércio (49% do PIB) e os serviços (39% do PIB), ocupando 87º posição no ranking da economia gaúcha, e realizou em 2018 um gasto com saúde de 29,65% da arrecadação municipal. Dentre os indicadores de desenvolvimento social temos o IDH de 0,719 e o IDEB de 5,2 (SEBRAE, 2019).

**Tabela 24 – Quadro da oferta de serviços da RUE do município Tramandaí
Região Bons Ventos – 18ª CRS/RS – Macro Metropolitana**

Equipamento de saúde	Oferta no município
Salas de Estabilização	NÃO ¹
Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)	SB ¹
Serviço Móvel de transporte básico	SIM ¹
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	SIM ¹
Pronto Atendimento municipal	SIM ¹
Atenção Domiciliar	SIM ¹
Componente Hospitalar	SIM ¹
Portas de entrada Hospitalares de Urgência	SIM ¹
Linha de cuidado – AVC	SIM ¹
Linha de cuidado – IAM	Porto Alegre ¹ Distância por rodovia de 92 km ² Tempo de deslocamento 1 hora e 37 minutos ²
Leitos de retaguarda	SIM ¹
Cobertura do Programa da Saúde da Família	48,98% ¹
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	36,73% ¹

Fonte: 1 Plano de Ação Regional Metropolitano – SESRS 2015 , 2 Google Earth

6.3 A importância da oferta do SAMU

Quando escrevemos a logística de atendimento de urgência e em emergência, através de um fluxo de tempo para atendimento pré hospitalar da RUE, é fundamental, dar ênfase a importância do SAMU neste processo, uma vez que o mesmo é componente estratégico nesta Rede cujo objetivo é chegar precocemente ao paciente. O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. O serviço pode ser acessado gratuitamente pelo número 192, a partir de qualquer telefone, fixo ou móvel. A ligação é atendida por técnicos, que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

O SAMU é um serviço territorializado e móvel. As ambulâncias são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é possibilitar a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulanchas ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A ausência deste serviço inviabiliza a regulação médica, e o encaminhamento do paciente ao serviço mais preparado para atender sua necessidade, o qual muitas vezes não é o mais próximo do local do agravo, fazendo com que o pacientes perca tempo percorrendo outros serviços de saúdes, incapazes de resolver sua gravidade, retardando o início precoce do tratamento em qualquer situação de urgência e emergência.

Neste sentido as figuras a seguir descrevem uma relação do processo de atraso para o início do tratamento mais adequado para os agravos de IAM e AVC, desde o início dos sintomas, com a oferta do SAMU, e sem a oferta.

Importante destacar que as etapas do processo são iguais de acordo com a realidade do agravo em questão de cada município (possuir a oferta do SAMU ou

não), porém os tempos variam de acordo com a realidade do paciente, tendo em vista o momento inicial de valorização dos sintomas, o processo de deslocamento até o serviço de saúde, incluindo as transferências entre estes serviços.

Não menos importante, vale ressaltar que até o momento, não existe nenhum protocolo, com fluxo previamente definido de utilização de trombolíticos para os casos de IAMCSST, no território da 18ª CRS/RS, a serem utilizados em seus serviços definidos como Porta de Entrada para a RUE. O qual vem sendo realizado de forma informal, nos serviços pactuados como referência para o protocolo de AVC isquêmico, uma vez que para este agravo, o único tratamento disponível para os casos agudos é a revascularização química.

Figura 6 – Fluxo do tempo de atraso para início do trombolítico com fluxo de atendimento das urgências e emergências vasculares regulado em município atendido pelo SAMU

Início dos sintomas	Ligação do paciente para o SAMU	Chegada ao hospital primário de referência	Início do Trombolítico
Não valorização dos sintomas	Tempo do transporte	Tempo porta agulha	
Fase pré atendimento	Atendimento pré hospitalar	Atendimento hospitalar	
Atraso do paciente	Atraso do Sistema		
Atraso no tratamento (tempo de isquemia)			
Tempo limite para início do trombolítico para IAM Ideal 2 horas – limite até 12 horas			
Tempo limite para início do trombolítico para AVC – até 4,5 horas			

Fonte: adaptação do autor da Linha de Cuidado do IAM do MS 2011

Figura 7 – Fluxo do tempo de atraso para início do trombolítico com fluxo de atendimento das urgências e emergências vasculares regulado em município NÃO atendido pelo SAMU

Início dos Sintomas	Ligação para o serviço de ambulância ou transporte por meios próprios	Serviço de saúde municipal de referência	Chegada ao hospital de referência	Início do trombolítico
Não valorização dos sintomas	Tempo do transporte	Tempo para avaliação e definição de conduta	Tempo Porta agulha	
Fase pré atendimento		Atendimento pré hospitalar	Atendimento Hospitalar	
Atraso do paciente	Atraso do sistema			
Atraso no tratamento (tempo de isquemia)				
Tempo limite para início do trombolítico para IAM – Ideal 2 horas – limite até 12 horas				
Tempo limite para início do trombolítico para AVC – até 4,5 horas				

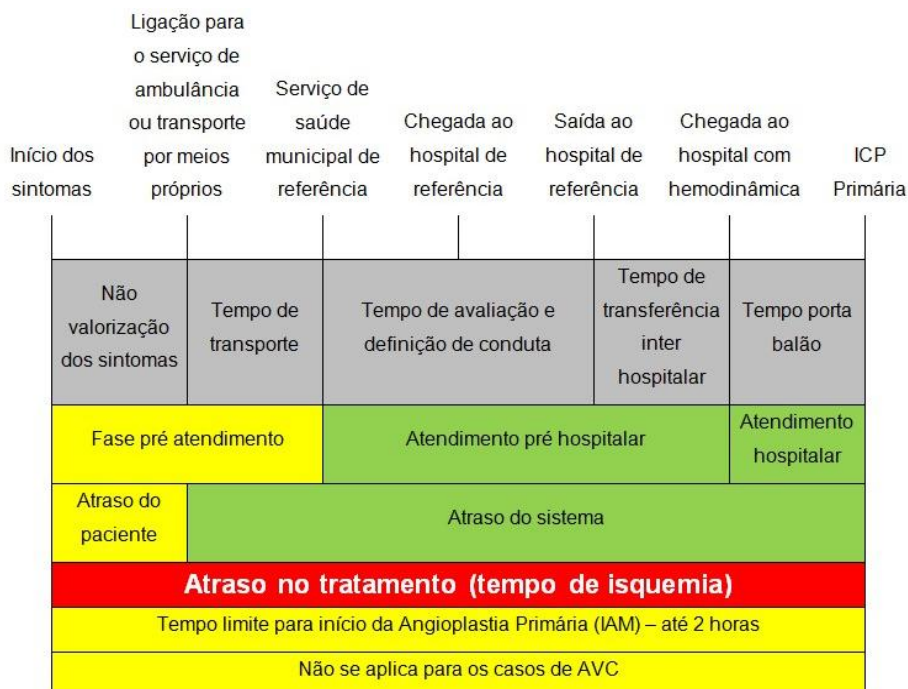
Fonte: adaptação do autor da Linha de Cuidado do IAM do MS 2011

Figura 8 – Fluxo do tempo de atraso para início da angioplastia primária com fluxo de atendimento das urgências e emergências vasculares regulado em município atendido pelo SAMU

Início dos sintomas	Ligação do paciente para o SAMU	Chegada ao hospital de referência	Saída ao hospital de referência	Chegada ao hospital com hemodinâmica	ICP Primária
Não valorização dos sintomas	Tempo do transporte	Tempo de Avaliação e definição de conduta	Tempo de transferência inter hospitalar	Tempo porta balão	
Fase pré atendimento	Atendimento pré hospitalar			Atendimento hospitalar	
Atraso do paciente	Atraso do sistema				
Atraso no tratamento (tempo de isquemia)					
Tempo limite para início da Angioplastia Primária (IAM) – até 2 horas					
Não se aplica para os casos de AVC					

Fonte: adaptação do autor da Linha de Cuidado do IAM do MS 2011

Figura 9 – Fluxo do tempo de atraso para início da angioplastia primária com fluxo de atendimento das urgências e emergências vasculares regulado em município NÃO atendidos pelo SAMU



Fonte: adaptação do autor da Linha de Cuidado do IAM do MS 2011

6.4 Qualitativo de leitos de UTI para atendimento da região

A Rede de Urgência e Emergência ainda sofre com situações críticas, em virtude da falta de leitos, em especial os de UTI, onde sua disponibilidade de forma imediata garante uma maior qualidade ao tratamento, melhorando a sobrevida, e diminuindo os óbitos, e esta é uma realidade que vem desde sua criação, uma vez que, segundo a portaria ministerial nº 1.101/2002⁸, que define o quantitativo da oferta de leitos conforme de leitos que deve existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares por cada 1 mil habitantes, e a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, o que corresponde a um índice de um a três

⁸ Portaria em vigor no ano da criação da Rede de Urgência e Emergência, revogada pela Portaria GM/MS nº 1.631 de 01.10.2015

leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Desta forma, conforme censo do IBGE de 2010, a 18ª CRS/RS deveria ter um mínimo de 34 leitos de UTI, o qual possui desde então um total de 25 leitos de UTI, sendo 15 para a região de saúde das Belas Praias e 10 para a região de saúde Bons Ventos

Em virtude da oferta insuficiente de leitos de UTI para o território da 18ª CRS/RS, se faz necessário para a região a complementação de Leitos de UTI, através da Central de Leitos Estadual.

Importante destacar, que com a publicação da Portaria Nº 1.631, em 1º de outubro de 2015, o cálculo para dimensionamento de leitos de UTI, foi substituído do coeficiente fixo populacional, para o coeficiente variável de necessidade de demanda.

Ainda não menos importante, se faz necessário destacar que o Hospital Beneficente São Vicente de Paula, localizado em Osório, construiu uma área para a oferta de 10 novos leitos de UTI, o qual no momento encontra-se em fase dos tramites burocráticos para habilitação do serviço, e posterior inauguração, ainda sem previsão de data.

Tabela 2 – Distribuição dos leitos de UTI para atendimento do protocolo de AVC

Região de saúde	Município	Hospital	Referência	Leitos de UTI
Belas Praias	Capão da Canoa	Hospital Santa Luzia	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá	10
Belas Praias	Torres	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá	5
Bons Ventos	Tramandaí	Hospital Tramandaí	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Tramandaí, Osório	10
Total de leitos de UTI				25

6.5 Número de internações x óbitos

Para uma melhor análise dos dados, foi utilizado como referencia o descritor por local de residência do usuário do SUS, uma vez que, em virtude do quantitativo insuficiente de leitos para a região, ainda existe a necessidade de suporte de leitos, via central de leitos da SESRS, onde o morador do território da 18ª CRS/RS pode internar em qualquer leito SUS disponível no estado do Rio Grande do Sul.

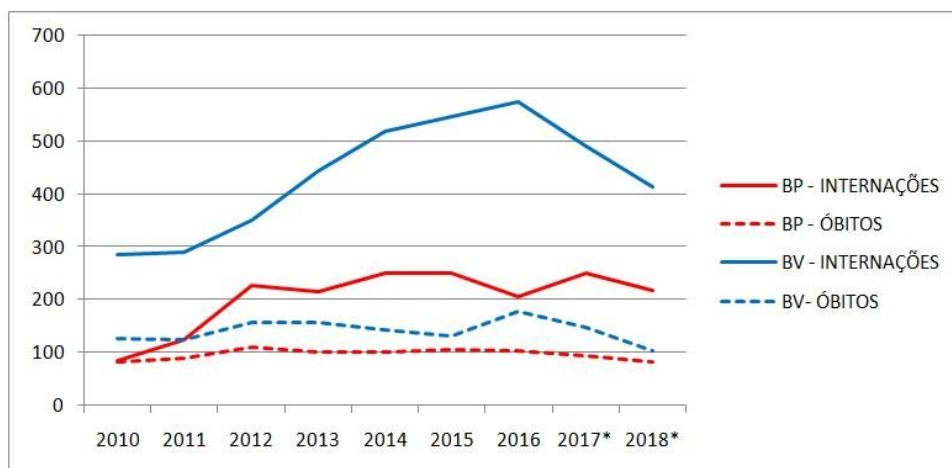
Observando os gráficos, das figuras 10 e 12, é possível visualizar o aumento das internação, tanto para AVC, quanto para IAM, em especial na região das Belas Praias. E mesmo com o aumento das internações podemos dizer que o numero de óbitos para AVC e IAM, em uma relação de óbitos/ internação, gráfico das figuras 11 e 13, apresentaram uma diminuição significativa destes valores, onde esta relação no agravo por AVC, na região das Belas Praias, caiu de 0,96 óbitos por internação, em 2010, para 0,38 óbitos por internação, em 2018 e na região Bons Ventos de 0,44 óbitos por internação, em 2010 para 0,25 óbitos por internação, em 2018. E para o agravo por IAM na região das Belas Praias, caiu de 0,61 óbitos por internação, em 2010, para 0,27 óbitos por internação, em 2018 e na região Bons Ventos de 0,76 óbitos por internação, em 2010 para 0,29 óbitos por internação, em 2018.

Tendo em vista a ausência de serviço de Hemodinâmica no território da 18ª CRS/RS, sendo utilizada como referencia para os agravos de IAMCSST para a assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, a infraestrutura da macrorregião metropolitana os recursos disponíveis no município de Porto Alegre, onde apenas o tempo de deslocamento é de no mínimo 61 minutos⁹, utilizando como referência o Município de Santo Antônio da Patrulha, o qual possui o acesso mais rápido a capital por meio da Rodovia BR 290, fazendo com que o tempo do inicio dos sintomas, passando pelo diagnóstico de IAMCSST, deslocamento e inicio da Angioplastia Primária, com o objetivo da reperfusão do miocárdio, seja superior ao tempo limite de 120 minutos. Desta forma, os agravos por IAMCSST, ocorridos no território da 18ª CRS/RS, independente da sua região de saúde, receberão, para o restabelecimento do fluxo sanguíneo em uma artéria obstruída, o método de revascularização química, através do uso de trombolíticos.

⁹ Valor encontrado no aplicativo *Google Maps*, sempre utilizando o descritor deslocamento mais rápido em transito normal.

Figura 10 - Série histórica das internações e óbitos por doenças cérebro vascular

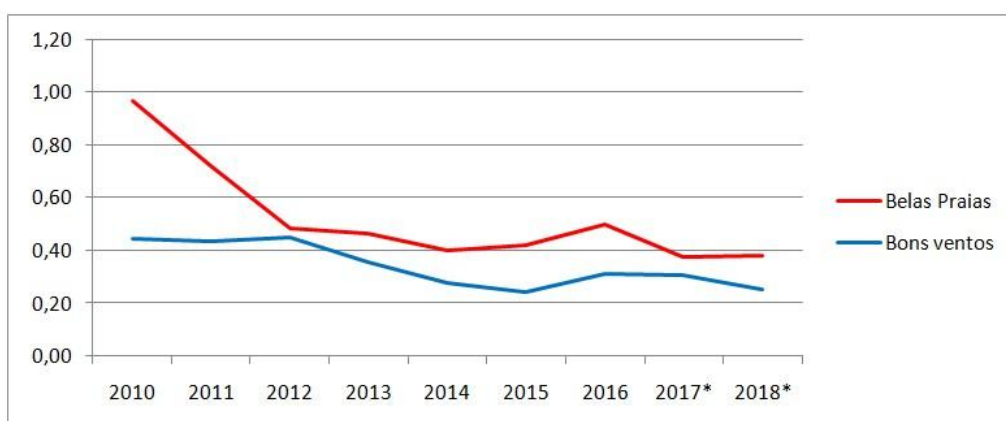
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
BP - INTERNAÇÕES	85	125	227	216	250	250	205	249	217
BP - ÓBITOS	82	90	110	101	100	105	102	94	83
BV - INTERNAÇÕES	285	289	351	443	517	547	574	489	413
BV- ÓBITOS	126	125	157	156	143	132	178	148	103



Fonte: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica - * Dados Preliminares

Figura 11 – Relação óbitos/internação por doenças cérebro vascular

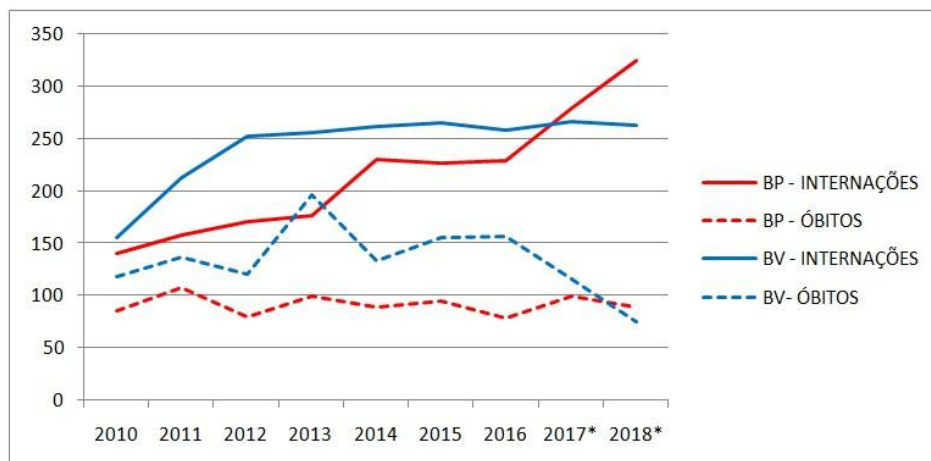
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
Belas Praias	0,96	0,72	0,48	0,47	0,40	0,42	0,50	0,38	0,38
Bons ventos	0,44	0,43	0,45	0,35	0,28	0,24	0,31	0,30	0,25



Fonte: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica - * Dados Preliminares

Figura 12 – Série histórica das internações e óbitos por IAM

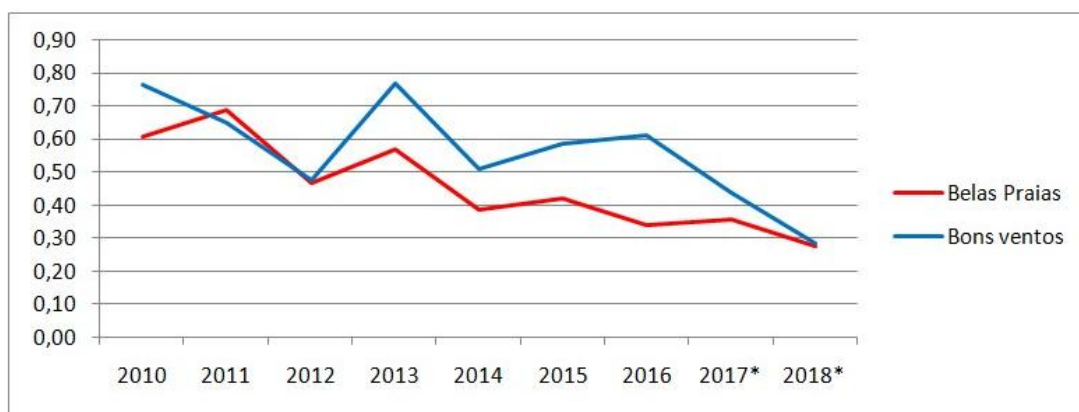
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
BP - INTERNAÇÕES	140	157	170	176	230	226	229	278	324
BP - ÓBITOS	85	108	79	100	89	95	78	99	89
BV - INTERNAÇÕES	155	212	252	256	261	265	258	266	263
BV - ÓBITOS	118	137	120	196	133	155	157	116	75



Fonte: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica - * Dados Preliminares

Figura 13 – Relação óbitos/internação por IAM

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
Belas Praias	0,61	0,69	0,46	0,57	0,39	0,42	0,34	0,36	0,27
Bons ventos	0,76	0,65	0,48	0,77	0,51	0,58	0,61	0,44	0,29

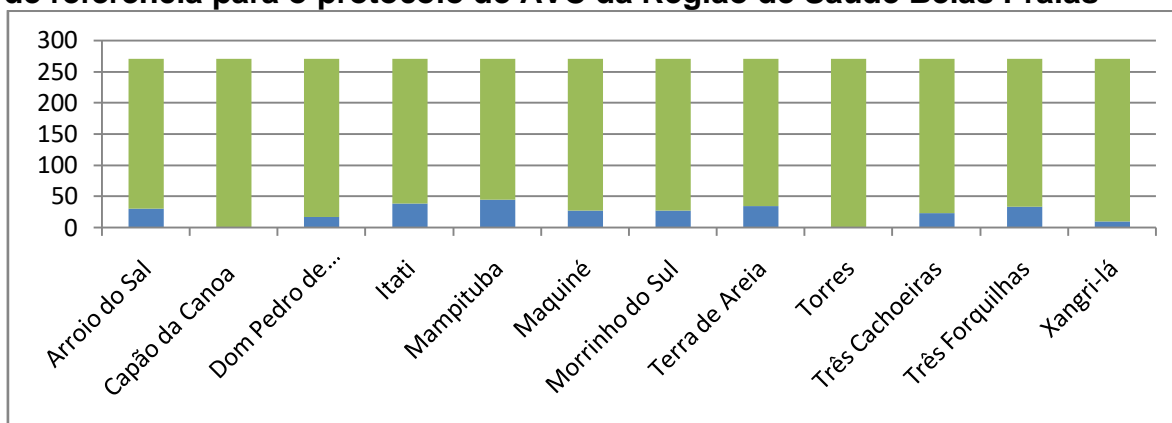


Fonte: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica - * Dados Preliminares

6.6 Tempo deslocamento para início do tratamento do AVC

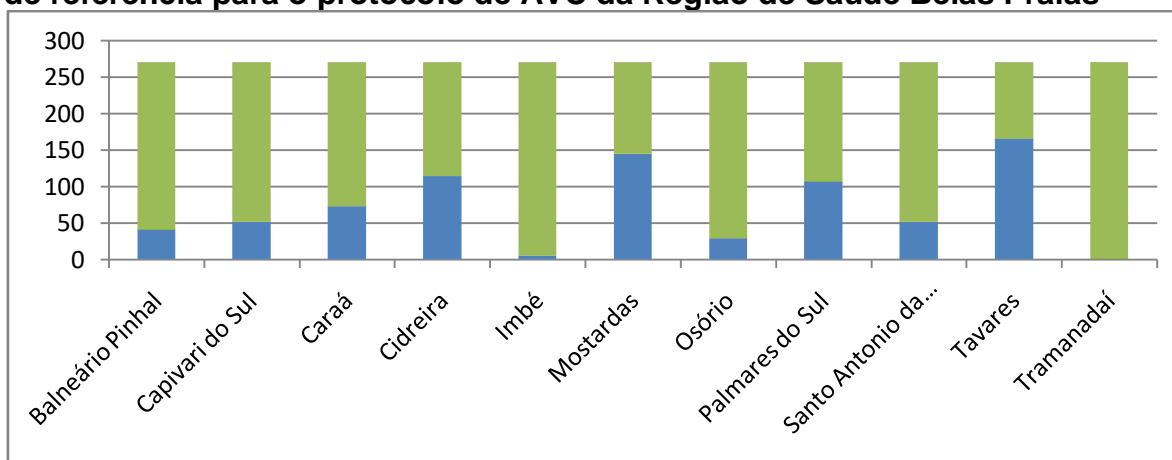
Ao analisar o tempo de deslocamento do paciente em uma condição de agravo por AVC de seu município de origem, até o município de referencia (figuras 14 e 15) é possível observar que em todas as condições, o tempo de atraso para início do tratamento, referente ao deslocamento, tanto na região de Saúde das Belas Praias, quanto do Bons Ventos, é adequado para chegada do paciente dentro do tempo limite de 4 horas e meias (270 minutos) para a inclusão deste no protocolo de AVC, conforme estabelecido pelo MS.

Figura 14 – Tempo de deslocamento do município de origem até o município de referencia para o protocolo de AVC da Região de Saúde Belas Praias



Fonte: Google Earth

Figura 15 – Tempo de deslocamento do município de origem até o município de referencia para o protocolo de AVC da Região de Saúde Belas Praias

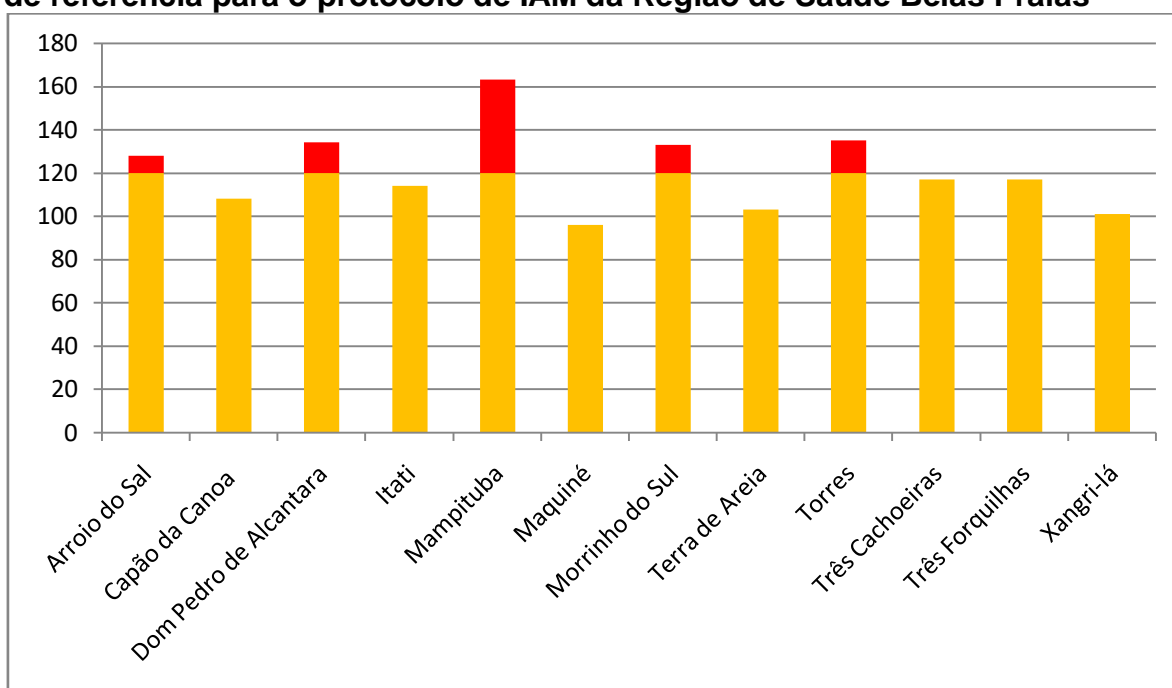


Fonte: Google Earth

6.7 Tempo deslocamento para início do tratamento do IAM

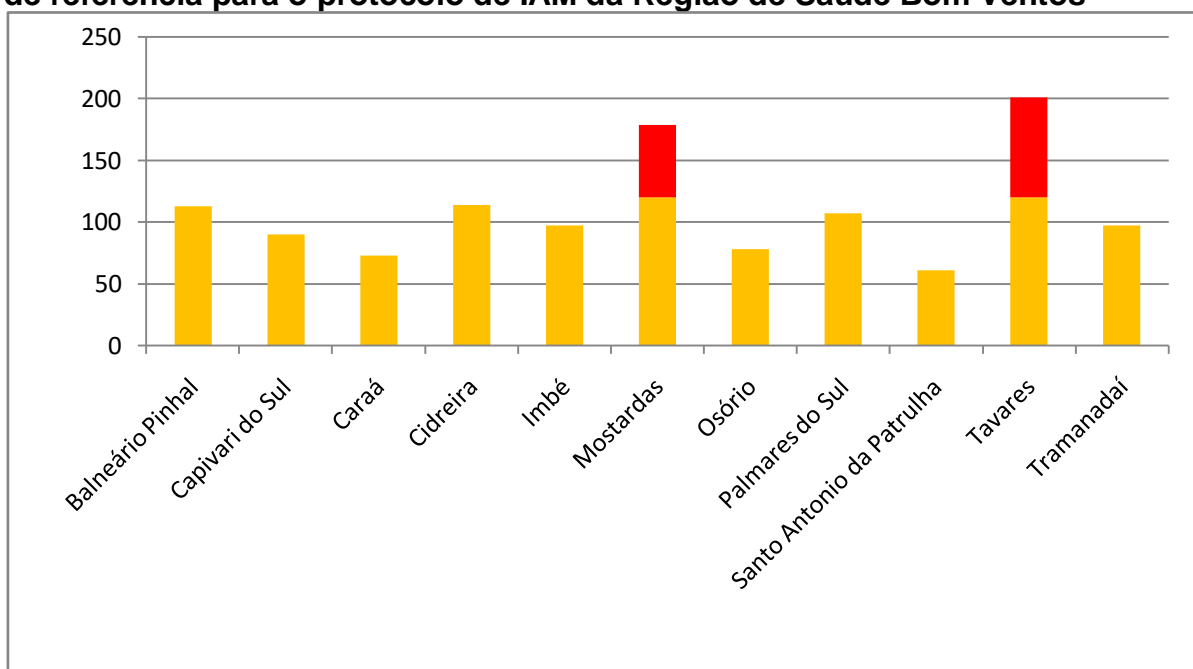
Em contra partida, ao analisar o tempo de deslocamento do paciente em uma condição de agravo por IAMCSST de seu município de origem, até o município de Porto Alegre, (figuras 16 e 17) o qual é a única referencia para estes agravo, é possível observar que em, praticamente todas as condições, o tempo referente ao deslocamento, tanto na região de Saúde das Belas Praias, quanto do Bons Ventos, é praticamente o mesmo do tempo limite máximo de atraso total (120 minutos) para a inclusão deste paciente no protocolo de IAMCSST, conforme estabelecido pelo MS, para a realização da angioplastia primaria. Contudo assim com no AVC, é possível a realização de trombólise química, utilizando os mesmos equipamentos de saúde já estabelecidos para este agravo.

Figura 16 – Tempo de deslocamento do município de origem até o município de referencia para o protocolo de IAM da Região de Saúde Belas Praias



Fonte: Google Earth

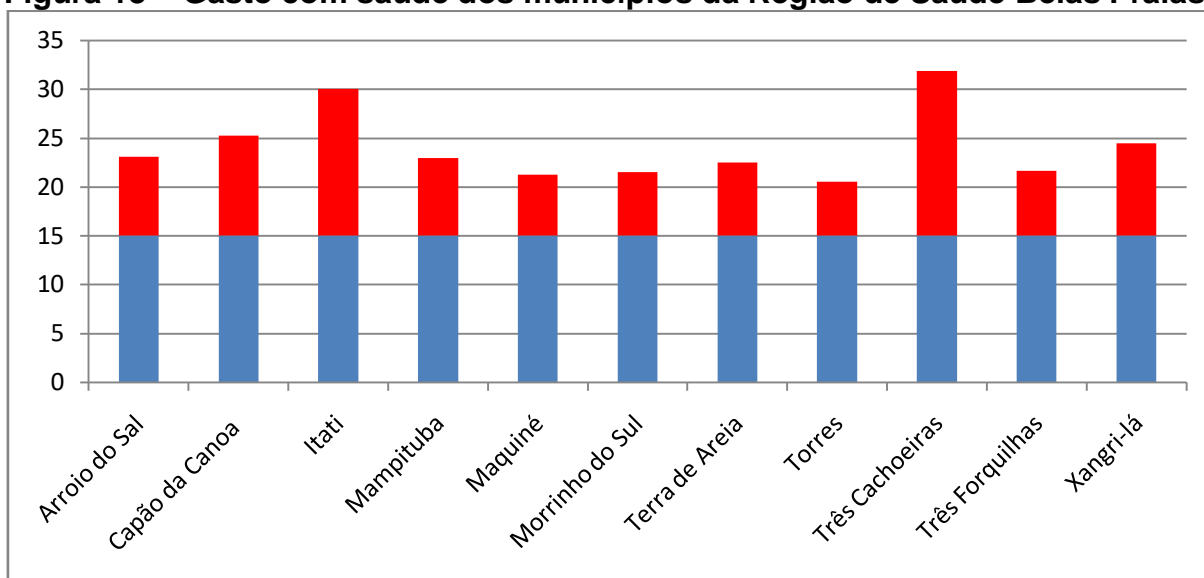
Figura 17 – Tempo de deslocamento do município de origem até o município de referencia para o protocolo de IAM da Região de Saúde Bom Ventos



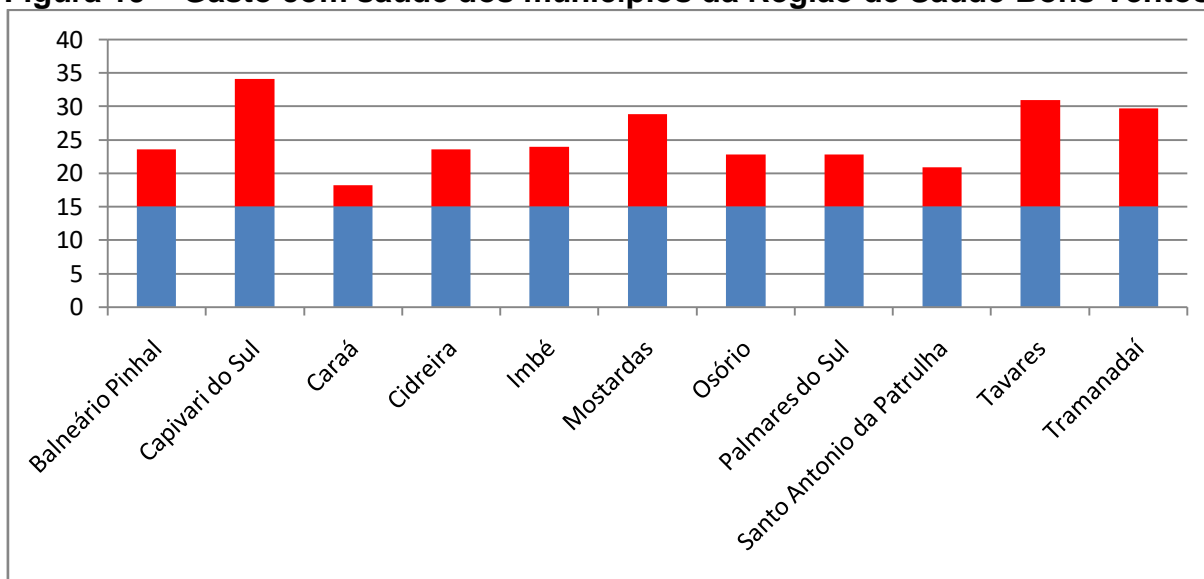
Fonte: Google Earth

6.8 Gasto municipal com saúde

Dentro do contexto da RUE da 18ª CRS/RS, é importante destacar que na Política Nacional da Rede de Atenção às Urgências e Emergência existe a previsão de financiamento com recursos vinculados do Governo Federal e Estadual, mediante contrapartida dos municípios. Contudo, assim como no País como um todo, os gastos de todos os municípios da região com saúde já se encontram, há muito tempo, acima do mínimo de 15% exigidos legalmente, como observado nas figuras 18 e 19, praticamente inviabiliza a adesão destes municípios aos programas da política nacional e estadual, o qual resultou neste período em questão, a inauguração de apenas uma UPA, em todo território da 18ª CRS, assim como dificuldade de ampliarem, ou até mesmo manter o atendimento do SAMU.

Figura 18 – Gasto com saúde dos municípios da Região de Saúde Belas Praias

Fonte: SEBRAE / 2019

Figura 19 – Gasto com saúde dos municípios da Região de Saúde Bons Ventos

Fonte: SEBRAE / 2019

7 CONCLUSÃO

Ao longo de quase uma década da implantação da Rede de Urgência e Emergência, a nível nacional, é possível observar avanços a assistência as urgências e emergências no território da 18ª CRS/RS, que estão diretamente ligados a criação desta rede, uma vez que desde 2010, ano anterior a criação da RUE, o número de registros de internações por AVC e IAM vem aumentando consideravelmente, dando claros sinais de melhora do registro destes agravos, assim como do acesso da população aos serviços de saúde.

Importante destacar que mesmo com o aumento das internações por AVC e IAM, a relação óbitos/internação diminuiu significativamente, onde esta relação no agravo por AVC, na região das Belas Praias, caiu de 0,96 óbitos por internação, em 2010, para 0,38 óbitos por internação, em 2018 e na região Bons Ventos de 0,44 óbitos por internação, em 2010 para 0,25 óbitos por internação, em 2018. E para o agravo por IAM na região das Belas Praias, caiu de 0,61 óbitos por internação, em 2010, para 0,27 óbitos por internação, em 2018 e na região Bons Ventos de 0,76 óbitos por internação, em 2010 para 0,29 óbitos por internação, em 2018. Um claro sinal, que além da melhoria do acesso para estes agravos, os tratamentos ofertados com os trombolíticos são mais efetivos.

Vale ainda destacar que a oferta do atendimento pré hospitalar, via SAMU, é realizada na ampla maioria dos municípios deste território, totalizando 17 municípios, ficando desassistido apenas 6 pequenos municípios. A ampliação do SAMU, para 100% do território é um grande desafio, mas fundamental para a consolidação da RUE na 18ª CRS/RS, uma vez que, em virtude da regulação médica, os atendimentos obedecem fluxos e protocolos clínicos previamente estabelecidos, qualificando, em muito, os atendimentos pré hospitalar de urgência e emergência, aumentando a sobre vida nestes agravos.

Ainda estamos muito distantes da completa implantação da RUE na 18ª CRS/RS, e um dos grandes desafios para isto é de questão econômica, uma vez

que todos os municípios que compõem este território possuem gastos com saúde superior aos 15% estabelecidos por nossa legislação, não permitindo desta forma ampliação de gastos no setor saúde por parte dos gestores municipais.

A este quadro econômico devemos chamar a atenção, para a estagnação econômica de nosso país, a qual atinge de forma extremamente crítica nosso estado, devendo os gestores, nos 3 níveis, reavaliarem, profundamente seus fluxos e pactuações no processos de saúde, dando ênfase especial na prevenção, através do fortalecimento da Atenção primária em Saúde, com políticas publicas voltada para o enfrentamento do envelhecimento da população deste território.

Esta crise financeira reflete diretamente na adesão dos municípios em habilitarem novos serviços de urgência e Emergência, para a construção e habilitação das UPAs, onde atualmente apenas o município de Tramandaí, possui uma unidade em funcionamento. Importante destacar que mesmo que o Governo Federal tenha que realizar repasses, a titulo de contra partida da união para este programa, falhas neste processo tem feito com que muitos municípios desistam da habilitação, uma vez que os custos de contratação e manutenção ficam a cargo exclusivo do gestor municipal, independente de existir a contra partida ou não, onerando ainda mais o gasto municipal com saúde.

Durante o período de implantação da RUE na 18ª CRS/RS, o quantitativo de leitos de uma forma geral, em especial os de UTI, são insuficientes para as necessidades da região, quadro que poderia ser amenizado com a inauguração de 10 leitos de UTI do Hospital Beneficente São Vicente de Paula, localizado em Osório o qual, após o termino de adequação física, encontra na fase de habilitação para entrar em funcionamento. Além desta ação é necessário discutir o fluxos de leitos via Central de Leitos do Estado, a fim de absorver a demanda da região.

Não podendo finalizar, sem antes destacar a importância da reativação do grupo condutor da RUE da 18ª CRS/RS, a fim de discutir os novos rumos da urgência e emergência deste território, onde se possa evoluir em temas que venham a qualificar ainda mais as Linhas de cuidado do IAM e AVC, em especial, da definição clara do protocolo de atendimento de IAM, assim como suas portas de entradas efetivas para este agravo, no próprio território da região de saúde, ampliando a oferta dos trombolíticos, para serem utilizados nos casos de revascularização química, dentro do prazo ideal, nos casos indicados. Além disto, é

de competência do grupo condutor temas como a da efetivação da tele medicina, com ênfase no ECG e inclusão dos testes rápidos de marcadores cardíacos para IAM no fluxo do atendimento pré hospitalar, em virtude das longas distancia até os serviços de referencia hospitalares; capacitação de todos os componentes da RUE da 18ª CRS/RS, sobre os fluxos, protocolos e sinais de alertas para os agravos mais comuns na Urgência e Emergência; elaboração de planos de ação em saúde, que absorvam as demandas relativas ao aumento populacional deste território, em virtude da alta temporada, durante o veraneio.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. O. de. **A pesquisa científica em saúde: Concepção e execução**. 4. ed. Campo Grande: UFMS, 2011. 160p.

ARAUJO, D.E. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: Uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. 2012. *Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre. 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56835/000861351.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

ARAUJO, M.R.C. A Regionalização do SUS e o Decreto 7.508/2011. Vitória: SESA, 2014. Disponível em: http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/A_Regionalizacao_do_SUS_e_o_Decreto_7508_2_1.pdf. Acesso em: 20 Set. 2018.

BRASIL. Consulta Pública Nº 06 20 de Setembro de 2011. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/04/cp-06-infarto-agudo-miocardio-2011.pdf>>. Acesso em: 06 Mai. 2019.

_____. Decreto 7508 de 28 de Junho de 2011a. Diário Oficial da República [da] Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília, DF 28 Jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 20 Set 2018.

_____. Ministério da Saúde. **AVC: Governo alerta para principal causa de mortes**. Blog da Saúde. 29 Out. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em: 22 Abr.2019.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[Http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: 20 Out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013. 50 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada . Editora do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. 84p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República [da] Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília, DF 03 Jan.. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html> Acesso em: 06 Nov.2018.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas Diário Oficial da República [da] Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília, DF. 25 Abr. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html> Acesso em: 06 Nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal **Departamento de Informática do SUS / DATASUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/assistencia-a-saude>> Acesso em: 09 Fev.. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10**. Portal Departamento de Informação e Análise Epidemiológica Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>> Acesso em: 09 Fev. 2019.

CAMARA, G. et al. SPRING: Sistema de Processamento de Informações Georreferenciada. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais 1996. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/spring/portugues/index.html>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. CONASS: Documenta, 28. Brasília, DF, 2015. 400 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-28/>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

CARVALHO, A. L. B. et al.; **Regionalização no SUS: Processo de Implementação, Desafios e Perspectivas na Visão Crítica de Gestores do Sistema**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1155-1164, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>> Acesso em: 02 Out. 2018.

FARIA, C. **Geoprocessamento**. Portal InfoEscola. 18 Jun. 2008. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/cartografia/geoprocessamento/>>. Acesso em: 29 Mai. 2018.

GOOGLE. **Portal do Google Earth – Maps**. Disponível em <<https://www.google.com.br/earth/>> . Acesso em 29 Mai.2019.

IBGE. **O Brasil em Síntese**, CENSO 2010. Portal IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 04 Mai. 2019.

Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

LIMA, L. D. A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS? Informe ENSP Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 24 Set. 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

MARTINS, S. C. O. et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 70, n. 11, p. 885-893, Nov. 2012 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012001100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mai. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan - Americana de Saúde, Brasília, DF. 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 05 de Nov. 2018.

MINAYO, M. C.S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

MONKEN M.; BARCELLOS C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3): 898-906, mai-jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 29 mai.2018.

MOURA, E. S. O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em: 20 Set 2018.

OLIVEIRA, N. R. C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: A atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2015, 42p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2444/UNIDADE_1.pdf?sequence>. Acesso em: 20 Out. 2018.

PARANÁ. **Linha guia de infarto do miocárdio**. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba: SESA, 2016. 38 p. Disponível em

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf>.
Acesso em: 06 Mai. 2019.

PENA, R. F. A. "**SIG**"; Brasil Escola. 01 Abr. 2013. Disponível em:
<<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/sig.htm>>. Acesso em: 05 de Nov. 2018.

PIEGAS L.S. et. al. **IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo v. 93, n. 6, supl. 2, p. e179-264, 2009 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2019.

RIBEIRO, P. C. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, p.161 – 174. Dez. 2012.

RIBEIRO. M. A. et al. **Georreferenciamento**: ferramenta de análise do sistema de saúde de Sobral – Ceará. SANARE, Sobral, V.13, n.2, p.63-69, jun./dez, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Diretor de Regionalização**. Secretária Estadual de Saúde. Porto Alegre, 2002. Disponível em:
<https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 08 Dez. 2018.

_____. Secretária Estadual de Saúde. **Portal Institucional**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/estrutura-da-secretaria>>. Acesso em 25 Nov. 2018.

_____. Coordenadorias Regionais de Saúde. Secretária Estadual de Saúde. Departamento de Coordenação das Regionais. 2014. Disponível em:
<<http://www.saude.rs.gov.br/crs>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

_____. RESOLUÇÃO Nº 520/17 – CIB/RS. Aditivo ao Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião de Saúde Sul Porto Alegre, 28 de novembro de 2017 Disponível em
<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171210/15101004-cibr520-17.pdf>> Acesso em: 20 Mai.. 2018.

ROCHA, A.F.S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2005. 97 p. *Dissertação de Mestrado*. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em:
<<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/310M.PDF>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

SALMONA, Y. B. **O que é Geoprocessamento, SIG e Sensoriamento Remoto? Tem diferença?** Portal ESPCTRO, 2018. Disponível em:
<<https://www.espectrogeo.com.br/o-que-e-geoprocessamento-sig-e-sensoriamento-remoto-tem-diferenca/>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

SANT'ANNA, R T. ;MIGLIORANSA M.H.; LEIRIA T.L.L. Infarto do Miocárdio: Devemos transferir o paciente com IAM? Antagonista. Revista da Sociedade

Brasileira de Cardiologia do RS. ANO XVI, Nº 11, Mai/Jun/Jul/Ago – 2007.
Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2007/11/Infarto_do_Miocardio_Devemos.pdf>. Acesso em: 03 Mai 2019.

SEBRAE. **Relatório do perfil das Cidades Gaúchas 2018**. Portal SEBRAE.
Disponível em: <<https://datasebrae.com.br/perfil-dos-municipios-gauchos/>>. Acesso em 02 Mai 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF, Unesco, 2002. 65p.

TEIXEIRA R. A; SILVA, L. D; FERREIRA, V. Tratamento Trombolítico no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Revista Neurociencias volume 12, nº 1 ano 2004 disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2001/Pages%20from%20RN%2012%2001.pdf>>. Acesso em: 25 Mai. 2019.

TESSLER, L. R. **Cólera, epidemiologia e celular**. Portal Cultura Científica. 22 dez 2010. Disponível em: <<http://cccientifica.blogspot.com/2010/12/colera-epidemiologia-e-celular.html>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.

ZUANAZZI, P. T. e BARTELS, M. **Estimativas para a população flutuante do Litoral Norte do RS**. FEE. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/20160711relatorio-populacao-flutuante-do-litoral-norte.pdf>>. Acesso em: 25 Nov. 2018.