

FLUXO DA SUBMISSÃO
Submissão: 08/02/2025
Aprovação: 14/09/2025
Publicação: 18/11/2025

e-ISSN 2965-4556

COMO CITAR

COSTA, S. dos S.; ROCHA, N. R. A.; MACHADO, A. L. G.; SANTOS, M. P. dos; MOREIRA, T. M. M. Percepção dos gestores sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Piauí. *Gestão & Cuidado em Saúde*, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. e14871, 2025. DOI: 10.70368/gecs.v3i1.14871. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/14871>.

Percepção dos gestores sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Piauí

Managers' Perception of the Implementation Process of the Urgent and Emergency Care Networks in Piauí

Sabryna dos Santos Costa¹

Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

Naila Roberta Alves Rocha²

Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

Ana Larissa Gomes Machado³

Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

Midian Pereira dos Santos⁴

Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

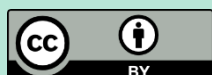
Thereza Maria Magalhães Moreira⁵

Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos gestores sobre o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no estado do Piauí. A pesquisa tem natureza qualitativa, e foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas de forma virtual, com foco no Grupo Condutor Estadual. Foram entrevistados gestores das regiões de saúde: Entre Rios, Planície Litorânea, Vales do Rio Piauí e Itaueiras e Tabuleiro Alto Parnaíba. O material das entrevistas foi transcrito para a consolidação do corpus textual, o qual foi processado no software IRAMUTEQ. Para análise dos dados optou-se pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O conteúdo analisado foi categorizado em sete classes semânticas distintas, as quais foram agrupadas por similaridade resultando em três categorias: A RUE como política pública, Ampliação do acesso à saúde, e Reconhecimento dos componentes da RUE. Observou-se o protagonismo do grupo condutor estadual na condução da implementação da RUE no Piauí, destacando-se as pactuações e interlocuções com os demais atores envolvidos no processo. Conclui-se que a percepção dos gestores sobre a implementação da RUE foi positiva em relação à melhoria do acesso ao usuário, aprimoramento de estruturas físicas e logísticas na rede, otimização e maior resolutividade dos casos, implantação das linhas de cuidado em infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, transporte digno e especializado, e preenchimento de vazios assistenciais, principalmente na região sul do Estado.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Emergências. Políticas de saúde. Gestão em Saúde.



ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the perception of managers regarding the implementation process of the Emergency and Urgent Care Network (RUE) in the state of Piauí, Brazil. The research was qualitative and conducted through virtual semi-structured interviews, focusing on the State Steering Group. Managers from the following health regions were interviewed: Entre Rios, Planície Litorânea, Vales do Rio Piauí e Itaueiras, and Tabuleiro Alto Parnaíba. The interview material was transcribed to consolidate the textual corpus, which was processed using the IRAMUTEQ software. Data analysis was carried out using the Descending Hierarchical Classification (DHC) method. The analyzed content was categorized into seven distinct semantic classes, which were grouped by similarity, resulting in three categories: National Policy on Emergency Care (PNAU), RUE and its regionalization, and RUE components. The state steering group was observed to play a leading role in guiding the implementation of RUE in Piauí, particularly through agreements and dialogues with other stakeholders involved in the process. It was concluded that the managers' perception of RUE implementation was positive, particularly in terms of improving user access, enhancing physical and logistical structures within the network, optimizing and increasing the resolution of cases, implementing care pathways for acute myocardial infarction and stroke, providing dignified and specialized transportation, and addressing care gaps, especially in the southern region of the state.

Keywords: Delivery of Health Care. Emergencies. Health Policy. Health Management.

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como serviços e ações pautados em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado à saúde, melhorar o acesso, a equidade, bem como a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS) (Damasceno *et al.*, 2020).

A implantação das RAS pelo Ministério da Saúde, iniciada em 2011, marcou um novo estágio na organização do SUS, com o propósito de assegurar a integralidade do atendimento e promover transformações na oferta de cuidados à saúde, por meio de redes temáticas prioritárias, a saber: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (Tofani *et al.*, 2023).

A escolha da rede temática de atenção às urgências e emergências no território piauiense como objeto desse estudo originou-se pela sua relevância para a integralidade da assistência à saúde e pela incipiente produção acadêmica identificada sobre a temática no estado. A estrutura da RUE varia amplamente em diferentes partes do país, refletindo desigualdades regionais, diferenças na concentração de recursos e distribuição dos serviços

de urgência e emergência, portanto, faz-se necessário conhecer como os atores-chaves na implantação da RUE no Piauí compreendem o processo e quais os avanços alcançados.

O desenho da RUE no território piauiense vem sendo construído por meio de processo participativo, com discussões e pactuações entre os gestores municipais de cada região de saúde, a partir de reuniões técnicas e oficinas de trabalho realizadas com o Grupo Condutor Estadual da RUE (SESAPI, 2012).

Nesse contexto, o estudo teve como objetivo analisar a percepção dos gestores sobre o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no estado do Piauí.

1 Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com foco nas percepções dos gestores envolvidos na implantação da RUE no Estado do Piauí, no período de 2011 a 2021. O estudo foi realizado nas regiões de saúde onde a RUE já se encontra implantada em sua totalidade, a saber: Entre Rios, Planície Litorânea, Vales do Rio Piauí e Itaueiras e Tabuleiro Alto Parnaíba.

Segundo dados do Governo do Estado do Piauí (2020), os territórios estudados caracterizam-se da seguinte forma: Entre Rios, localizado na macrorregião Meio Norte, onde se localiza a capital do Estado, destaca-se a área de comércio e serviços, principalmente na saúde e educação; Planície Litorânea, localizada na macrorregião do Litoral, tem a economia destinada a pesca artesanal, pecuária de leite, turismo, artesanato, agricultura familiar, cerâmica; Tabuleiro dos Rios Piauí e Itaueira, situado na macrorregião do Cerrado tem como principais atividades a agropecuária, agricultura de subsistência e pela cultura do caju e Tabuleiro do Alto Parnaíba localizado na macrorregião do Cerrado destaca-se economicamente na agricultura tradicional de subsistência e agronegócio.

A produção dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com a identificação dos membros do Grupo Condutor, mediante as informações fornecidas pela coordenação responsável, no período de agosto e setembro de 2023.

Os gestores, então, foram contatados através de carta convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, para agendamento da entrevista. As entrevistas ocorreram de forma virtual e gravada, após concordância do participante, através da

plataforma Google Meet, serviço de videoconferências do Google, disponibilizado no navegador e em aplicativo para celulares de forma gratuita.

Considerando a ausência de retorno à terceira tentativa de contato, o estudo foi realizado com quatro gestores, dos quais, um participou apenas da implantação da RUE no Território Entre Rios e três nos demais territórios abordados e que permanecem no processo de implementação da RUE até os dias atuais.

As pesquisadoras elaboraram um roteiro com perguntas disparadoras a fim de possibilitar ao participante discorrer livremente sobre o tema, sobre a percepção acerca da implantação da RUE no estado, impactos causados nas regiões de saúde após sua implantação e principais dificuldades.

Destaca-se que as entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos e foram transcritas em editor de texto no programa Word Office com identificação por numeração do participante correspondente, sendo codificadas assim: Entrevistado – 1; Entrevistado – 2; Entrevistado – 3; e Entrevistado – 4.

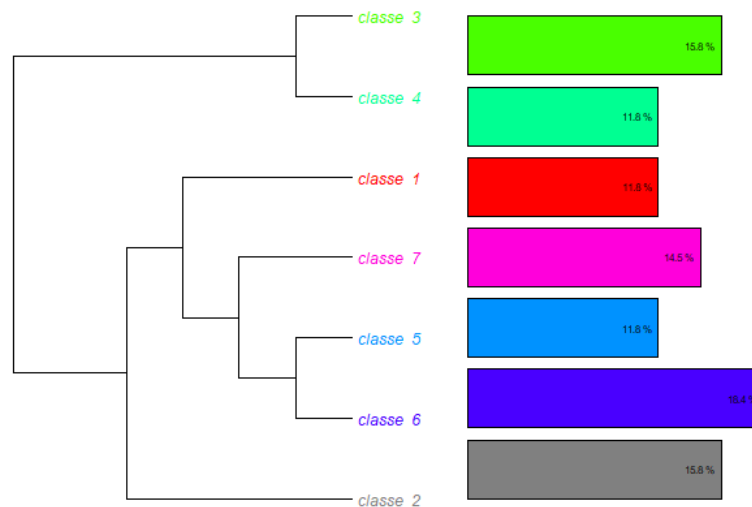
Para o processamento das entrevistas, produziu-se um corpus textual, o qual foi analisado pelo software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), optando-se pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, conforme Parecer nº 6.058.731.

2 Resultados e discussão

Para análise das entrevistas foi gerado um corpus textual constituído por 4 unidades de texto, gerando a construção de 90 segmentos de textos (ST), 870 formas distintas e 3236 ocorrências de palavras no texto. Foram aproveitados 76 segmentos de texto, de um total de 90, sendo o nível de aproveitamento do material centrado em 76,66% do corpus.

Na Figura 1 apresenta-se o dendrograma das classes obtidas, evidenciando as relações entre elas.

Figura 1- Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente – CHD. Teresina, Piauí, 2024

Fonte: Autores.

Pela análise da CHD, o conteúdo analisado foi categorizado em 7 classes semânticas distintas: Classe 1 com 9 ST (11,84%), Classe 2 com 12 ST (15,79%), Classe 3 com 12 ST (15,79%), Classe 4 com 9 ST (11,84%), Classe 5 com 9 ST (11,84%), Classe 6 com 14 ST (18,42%) e Classe 7 com 11 ST (14,47%).

As classes foram agrupadas por similaridade resultando em três categorias: A RUE como política pública, Ampliação do acesso à saúde, e Reconhecimento dos componentes da RUE, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas. Teresina, Piauí, 2024

Classe	Nomenclatura	
Classe 5	A RUE como política pública	A Regulação na RUE
Classe 6		Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Classe 7		Compromissos dos Gestores
Classe 1		Grupo Condutor na RUE
Classe 2	Ampliação do acesso à saúde	Acesso à RUE
Classe 3	Reconhecimento dos componentes da RUE	Porta de Entrada Hospitalar na RUE
Classe 4		Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na RUE

Fonte: Autores.

Categoria 1 – A RUE como política pública

A categoria 1 foi criada a partir das classes 5 e 6 que possuem relação direta com a classe 7 e a classe 1 (Figura 2). A classe 5 compreende 11,84% (f = 9 ST) do corpus de análise global e reúne substantivos-chave, como "Ambulância", "Regulação" e "Política", que revelam aspectos positivos na implantação inicial da rede, incluindo a UPA, o SAMU e a organização do fluxo assistencial por meio da regulação de emergências.

A análise semântica dessa categoria concentra-se na implementação da RUE no Piauí, destacando a instalação concreta de contextos de política pública, fornecendo subsídios para sua consolidação e proposição de melhorias. Embora possa haver desconhecimento inicial, a compreensão das relações entre política e demais atores envolvidos revela importantes subsídios para o cuidado em rede, como evidenciado nos relatos seguintes:

Muito embora a gente ainda tenha um desconhecimento de como se usar essa política, um desconhecimento de como de fato esse transporte deve acontecer, mas eu acho que ele tem dado boas respostas. (Entrevistado 01).

Essa política veio com o objetivo de permitir uma melhor organização da assistência, hierarquizar o atendimento, permitir também uma melhor organização da assistência. Além de articular serviços, definir fluxos, que é o que a gente faz muito aqui através das grades de referências. Portanto, hoje, principalmente por meio dos componentes SAMU e Upa que são dois grandes componentes da política nacional de atenção às urgências que faz com que ela aconteça (Entrevistado 03).

Com a abertura das UPAs já desafogou. Passou-se a ter acolhimento com classificação de risco e tinha toda uma equipe treinada e preparada. Antes não tinha isso, era por ordem de chegada e aí se eu não tivesse tão ruim como o que chegou duas horas depois de mim e estava em situação grave, ele ia morrer e eu ia ser atendida na frente dele se eu podia esperar (Entrevistado 04).

A classe 6 representa 18,42% do corpus de análise (f = 14 ST), abrangendo palavras-chave de impacto como “Urgência”, “Nacional” e “Política”. A análise revela que os entrevistados demonstram compreensão sobre os avanços iniciais da RUE no Estado e a necessidade de reorganização dos serviços, destacando-se a importância da construção de bases descentralizadas do SAMU, reorganização dos hospitais terciários para novos leitos de retaguarda, além da interlocução intersetorial e consolidação de políticas exitosas. Essa reestruturação é fundamental para a consolidação da RUE no Piauí, conforme evidenciado nas falas dos entrevistados:

Ela só foi desenrolar com essa história da rue que foi mais ou menos de 2013 para 2014 mesmo e que foi prometido esses leitos para a rede de urgência e emergência como retaguarda de urgência e o hospital infantil passou a ser um hospital de retaguarda (Entrevistado 02).

Toda essa ação intersetorial faz com que a política nacional de atenção às urgências aconteça, então essa política ela veio com o objetivo de permitir uma melhor organização da assistência, hierarquizar o atendimento e permitir também uma melhor organização da assistência principalmente (Entrevistado 03).

A classe 7, diretamente relacionada à implementação da política, representa 14,47% do corpus de análise (f = 11 ST). Compreende palavras-chave de impacto, incluindo

substantivos como “Componente”, “Saúde” e “Ação”. Essa classe destaca a importância do cumprimento de pactuações e acordos interfederativos para a efetiva implementação da RUE, superando dificuldades na prestação de serviços de saúde e alcançando metas, especialmente mediante a contrapartida de recursos no federalismo brasileiro:

Em relação a política nacional de atenção às urgências, a gente sabe que o enfrentamento das causas de urgência eles requerem uma atenção maior às ações de Promoção intersetorial de saúde e essa política ela não é feita sozinha (Entrevistado 03).

Eu não sei como é que tá hoje e é claro que nós tivemos várias dificuldades no estado, mas ela trouxe um ganho muito grande para o piauí porque houve qualificação dos profissionais (Entrevistado 04).

Da organização da rede bem como da qualificação dos estabelecimentos de saúde que para ser habilitado como componente eles tinham que cumprir regras as quais eram bem definidas e eram cobradas efetivamente (Entrevistado 04).

A Classe 1, correspondente a 11,84% do corpus, abrange palavras-chave significativas, como "Condutor", "RUE" e "Ministério". Essa classe enfatiza o protagonismo do Grupo Condutor Estadual na condução da RUE no Piauí, destacando sua importância na implementação, reorganização dos serviços de saúde, pactuações e interlocuções com outros atores envolvidos:

Eu sou representante do COSEMS (Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde) dentro do grupo condutor. Sempre foi essa representação (Entrevistado 2).

Esse grupo condutor ficou na responsabilidade de elaborar um plano de ação da RUE do Estado do Piauí. Portanto, quando nós fizemos o primeiro plano de ação Regional, o Ministério da Saúde elegeu o território entre Rios para que fosse feito o projeto piloto (Entrevistado 3).

Categoria 2- Ampliação do acesso à saúde

Essa categoria abrange a classe 2, correspondente a 15,79% do corpus, caracterizada por palavras-chave como "Linha", "Acesso" e "Usuário". A análise indica que a implantação da RUE no Piauí ampliou o acesso à saúde por meio da regionalização das ações e serviços, destacando-se as linhas de cuidado para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), melhorando assim a assistência à população.

Ninguém transfere direto só transfere se realmente a referência próxima não tiver estruturas e assim vir para a capital depois que a rede foi definida começaram a

estruturar os hospitais e eu acho que tem cumprido o papel e depois começaram agora a trabalhar as linhas de cuidados. (Entrevistado 02).

Além de articular serviços definir fluxos que é o que a gente faz muito aqui através das grades de referências dessa forma essa política não deixa de ser um elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso aquelas pessoas que antigamente não tinham acesso aos serviços de emergência. (Entrevistado 03).

Claro que tem o antes e o depois em que antes não tinha a ordenação do fluxo não tinha as referências e contrarreferências essa organização de atenção às urgências essa alocação dos recursos nos pontos de atenção e nos pontos assistenciais. (Entrevistado 03).

Ao interpretar as categorias analíticas infere-se que a regionalização da RUE no estado do Piauí é fundamental para garantir o acesso equitativo e eficiente aos serviços de saúde em situações de urgência e emergência em todo o território.

Além do mais, esse processo envolve a divisão do estado em regiões de saúde, levando em consideração características geográficas, demográficas e epidemiológicas. Cada região é responsável por organizar e estruturar seus próprios serviços de urgência e emergência, incluindo unidades de pronto atendimento, hospitais de referência, ambulâncias do SAMU, entre outros.

Categoria 3- Reconhecimento dos componentes da RUE

A categoria 3 resulta da conexão entre as classes 3 e 4 (Figura 2) e apresenta o reconhecimento dos participantes sobre os componentes da rede. A classe 3 (15,79% do corpus) inclui palavras-chave como "Residência", "Aberto" e "Entrada", destacando a importância da reestruturação hospitalar com definição de Hospitais Porta Aberta e Retaguarda, fortalecendo, assim, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e melhorando o cuidado à população.

A interpretação das falas dos gestores indica que a implementação da RUE no Piauí ocorreu mediante a reordenação dos componentes da rede, tendo em vista a consolidação dos fluxos da assistência no estado, ocorrendo assim previsões para a superlotação nos serviços de urgência e emergência, subsidiando melhorias no cuidado à população piauiense.

Por exemplo, um paciente que vem lá do hospital de Oeiras ele é regulado pra cá e entra na nossa regulação direto, enquanto o paciente do município de Teresina o estado não regula primeiro ele vai precisar de uma negativa do HUT. (Entrevistado 02).

Eu fiz a minha residência no hospital infantil no tempo ele não era porta aberta mas tinha um atendimento precário de entrada para o atendimento para síndrome de diarreias com centro de tratamento de reidratação oral a gente conseguia resolver (Entrevistado 02).

Quanto às portas de entrada eu me lembro que eu acompanhei a habilitação de duas portas de entrada no hospital de união e no hospital de água branca. (Entrevistado 04).

Melhorou demais o atendimento a equipe foi toda treinada aí tinha sala amarela sala vermelha sala verde e acolhimento em todas as portas de entrada com a classificação de risco onde a população era atendida de uma forma mais correta. (Entrevistado 04).

No que concerne à classe 4, a qual corresponde a 11,84% do corpus, é caracterizada por palavras-chave como "Enfermaria", "Obra", "Unidade" e "Atendimento". A análise revela que a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA) reorganizou a rede de saúde, melhorando a integração com outros pontos de atenção. Além disso, destaca-se a importância dos investimentos em qualificação profissional para o sucesso da RUE no Piauí.

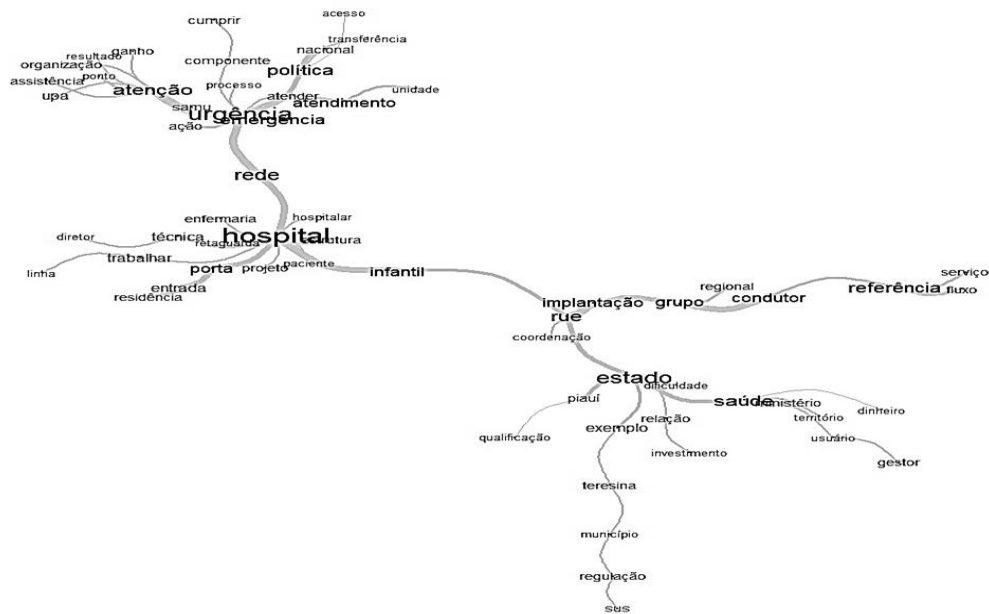
Desde o componente hospitalar fixo, que são os hospitais de portas de entrada, o móvel samu, as unidades de pronto atendimento e a atenção básica, então em 2012 foi quando começamos a implantar a rede de atenção às urgências no Piauí. (Entrevistado 03).

Pois a gente tem aquele atendimento qualificado daquele profissional que está trabalhando e está sabendo o que tá fazendo além disso há investimento de equipamentos incrementos em relação às unidades de pronto atendimento. (Entrevistado 03).

Ao interpretar o conjunto de classes e subsidiar a construção das categorias analíticas, infere-se que a regionalização da RUE no estado do Piauí é fundamental para garantir o acesso equitativo e eficiente aos serviços de saúde em situações de urgência e emergência em todo o território.

Com efeito, a organização e interpretação dos dados em síntese gráfica pela análise de similitude infere as múltiplas interfaces da implementação da RUE no Estado do Piauí. A partir desses conjuntos de sentidos e significados, atribui-se a análise de similitude às interlocuções entre o hospital, o Estado, e a RUE, conforme expresso na Figura 2:

Figura 2 - Análise de similitude. Teresina, Piauí, 2024



Fonte: Autores.

A implantação da RUE no estado analisado reflete um esforço concreto de materialização das diretrizes da PNAU, que integra políticas de acesso universal e contínuo no SUS. A literatura evidencia que ações coordenadas e bem estruturadas, como a implantação de novos leitos de retaguarda em hospitais terciários e a reorganização dos fluxos assistenciais, são fundamentais para consolidar redes de cuidado efetivas (Radel; Shimizu, 2023).

Os entrevistados destacaram a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como essenciais para a ampliação do acesso e o fortalecimento da assistência de urgência no estado. Nesse sentido, as características de organização da RUE no território piauiense refletem a tendência nacional de implantação do SAMU, iniciada em 2003, impulsionada por uma norma federal que estabeleceu padrões de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos, com significativo apoio financeiro (Brasil, 2003). As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), por sua vez, emergiram como peças centrais na reorganização da RUE, atuando na interface entre a atenção primária e os serviços de média e alta complexidade no estado.

Elementos como reorganização dos serviços, hierarquização do atendimento, definição de fluxos e articulação intersetorial também foram destacados pelos entrevistados ao evidenciarem em algumas falas a formalização de fluxos, referências, contra-referências, e principalmente o acesso regulado, sempre com enfoque às necessidades do usuário, uma vez que, no contexto da RAS, a regulação em saúde é essencial para garantir acesso ordenado e equitativo aos serviços de saúde (Souza, Oliveira; 2018).

Apesar da compreensão da dinâmica entre os atores políticos, gestores e equipes técnicas, os entrevistados revelam que a consolidação plena da RUE exige esforços no cumprimento das pactuações interfederativas e na superação de dificuldades financeiras inerentes ao modelo de federalismo brasileiro. Entre os aspectos citados, a necessidade de contrapartida de recursos entre os entes federativos foi apontada como crucial para superar gargalos, como a falta de financiamento para manutenção das bases descentralizadas do SAMU e ampliação dos serviços de regulação.

No que tange ao financiamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no âmbito do SUS, este é realizado por meio de fontes e mecanismos específicos. A Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o Ministério da Saúde transferem recursos para estados e municípios, enquanto o Tesouro Nacional fornece recursos ao Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS nº 1.997/2013 estabelece critérios para financiamento do SAMU, além do Programa de Atenção às Urgências (PAU) e do Componente de Atenção às Urgências (CAU). Esses recursos são distribuídos em blocos de financiamento, como Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade, garantindo assistência de qualidade e universalidade (Brasil, 2023).

O protagonismo do Grupo Condutor Estadual foi destacado como um elemento-chave na implementação e reorganização da RUE. Sua atuação evidencia a importância de uma liderança sólida para conduzir pactuações, articular diferentes setores e consolidar políticas exitosas. A respeito disso, um estudo realizado no estado do Paraná evidencia que a corresponsabilização entre os gestores confirma um processo de organização de um sistema de governança direcionado à efetiva regulação do sistema, em especial para ordenação em uma de suas áreas mais sensíveis, a atenção às urgências e emergências (Ribeiro *et al.*, 2022).

A regionalização da RUE é um componente essencial para a reestruturação do SUS, promovendo uma organização mais equitativa e eficiente da RAS. Os resultados apontam

para avanços significativos no Piauí, destacando a importância de ajustes estruturais e funcionais, como a redefinição de hospitais e a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), acompanhados de investimentos em qualificação profissional.

Para O'dwyer *et al.* (2022), a criação das UPAs representou um grande avanço para a atenção às urgências, entretanto, enfrenta grandes desafios, principalmente decorrentes de problemas nos demais pontos da rede, como a insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda e a baixa resolutividade da APS para casos agudos de menor gravidade. Os entrevistados afirmam que a implantação das UPAs reorganizou a rede de saúde, melhorando a integração com outros pontos de atenção e que, investimentos em qualificação profissional são fundamentais para o sucesso da RUE, bem como em equipamentos e incrementos nas unidades de pronto atendimento.

Observou-se, assim, que o fortalecimento das UPAs no estado tem sido acompanhado por melhorias no fluxo assistencial, com maior integração entre os serviços municipais e estaduais, evidenciando um modelo de regionalização mais eficiente (Hermida *et al.*, 2022).

Outrossim, programas de educação permanente fortalecem a sustentabilidade da RUE, assegurando que o conhecimento técnico acompanhe as demandas em evolução do sistema. A formação de equipes mais preparadas para lidar com situações de alta complexidade é indispensável para consolidar a regionalização (Jesus; Rodrigues, 2022).

Nesse viés, a formação em alta complexidade é fundamental para o sucesso da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no SUS, uma vez que profissionais atualizados e capacitados são capazes de oferecer um atendimento de qualidade, baseado em melhores práticas e evidências, promovendo a segurança do paciente e a efetividade dos tratamentos (Pacheco; Saldanha; Martins, 2023).

A educação permanente em alta complexidade no SUS ocorre no cotidiano das organizações, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao trabalho do profissional e esse movimento favorece a preparação dos profissionais para lidar com situações críticas, o que resulta em melhores resultados de saúde, redução de internações prolongadas e melhoria da satisfação do paciente, portanto, é fundamental para consolidar a RUE no Brasil (Jesus; Rodrigues, 2022).

É importante ressaltar a organização de linhas de cuidado específicas para IAM e AVC como um avanço significativo na qualificação da assistência de urgência no estado. Essas condições, responsáveis por altas taxas de morbimortalidade no Brasil, requerem respostas

rápidas e integradas para reduzir sequelas e salvar vidas (Tofani *et al.*, 2022). Ao estabelecer critérios para Centros de Atendimento de Urgência ao AVC, o Ministério da Saúde demonstra o compromisso nacional em fortalecer a rede de urgência e emergência, garantindo assistência de qualidade e reduzindo desigualdades em saúde (Brasil, 2012).

A integração das linhas de cuidado para IAM e AVC com os demais componentes da RUE melhora não apenas a assistência, mas também a experiência dos usuários. A redução de deslocamentos desnecessários e o acesso a tratamentos de alta complexidade na própria região de residência são aspectos fundamentais para a satisfação e segurança dos pacientes (Pereira *et al.*, 2023). Contudo, apesar dos avanços, a manutenção das linhas de cuidado depende de investimentos contínuos em infraestrutura, insumos e qualificação profissional, além disso, é necessário garantir a sustentabilidade financeira para a expansão dessas linhas a todas as regiões do estado (Oliveira *et al.*, 2023).

Os resultados apontam avanços significativos na organização e implementação inicial da RUE no estado, com a UPA, o SAMU e a regulação emergindo como pilares essenciais. A efetivação dessas ações demonstra que, embora ainda existam desafios, como a necessidade de maior financiamento e fortalecimento das pactuações interfederativas, as bases estão lançadas para a consolidação de uma rede de atenção eficiente. A intersetorialidade e o protagonismo do Grupo Condutor Estadual são elementos-chave que podem servir de modelo para outros estados em contexto semelhante.

Considerações finais

A análise da implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Piauí evidencia avanços importantes na organização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhados às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A criação e operacionalização de componentes como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além da reorganização dos fluxos assistenciais, demonstram um esforço significativo para assegurar acesso universal, equitativo e contínuo à assistência de urgência.

A regionalização da rede, acompanhada por investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e a organização de linhas de cuidado específicas para condições de alta morbimortalidade, como IAM e AVC, reflete o compromisso em superar desafios históricos de desigualdade no acesso e resolutividade dos serviços de saúde. Contudo, o

sucesso pleno da RUE requer a superação de barreiras financeiras e a consolidação de pactuações interfederativas, elementos cruciais para garantir a sustentabilidade das ações implementadas.

O protagonismo do Grupo Condutor Estadual e a articulação intersetorial destacam-se como modelos de governança e planejamento, fortalecendo a integração entre os diferentes níveis de atenção e promovendo um atendimento centrado nas necessidades dos usuários. Assim, embora ainda persistam desafios, os avanços alcançados nas regiões de saúde estudadas servem como um exemplo promissor de como esforços coordenados e bem estruturados podem consolidar redes de cuidado efetivas, fortalecendo o SUS e ampliando o impacto positivo na saúde da população.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017. Disponível em:

<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-em-saude-uma-perspectiva-global/16092?id=16092>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Diário Oficial da União, Brasília, 12 de abr. 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: 2003. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 10 out. 2021.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, e20210038, 2022. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100205.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1312>.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/o-processo-de-implantacao-das-unidades-de-pronto-atendimento-no-brasil/>.

OLIVEIRA L. B. DE. *et al.* Acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas acometidas por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 6, p. e12554, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12554>.

PACHECO, C.F.; SALDANHA, I.P.; MARTINS, R.D. Educação continuada em saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 3, p. e023120, 2023. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1913>.

PEREIRA, A. *et al.* Integração das linhas de cuidado para IAM e AVC na RUE: desafios e benefícios. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 36, n. 2, 2023. Acesso em 17 dez. 2024.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Saúde 2020- 2023**. Teresina: Secretaria Estadual da Saúde do Piauí, 2020. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE_-_2020_-_2023.pdf. Acesso em: 29 set. 2024.

SESAPI. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. QualiSUS Rede. Subprojeto estadual /PI. Regiões de Saúde Entre Rios/Piauí. SESAPI, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/qualisus-rede/subprojetos/subprojeto-qualisus-pi-web.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2025.

RADEL, M. E.; SHIMIZU, H. E. Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Saúde em Debate**, Brasília, v. 47, n. 136, p. 39-55, 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7628>.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, p. e320315, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bq6wN5nmZBDV9xQzBFgFb5N/>

SOUZA, S. F. J. C. de; OLIVEIRA, L. F. de. Custeamento do serviço de atendimento móvel de urgência: um estudo de caso em um município potiguar. **Management Control Review**, v. 3, n. 1, p. 47-60, 2018. Disponível em: <https://www.journals.ufrpe.br/index.php/managementcontrolreview/article/view/2175>.

TOFANI, L. F. N. *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 761–776, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pRV4m4hwLWY7jcdQp7SGf4L/abstract/?lang=pt>.

Sobre os autores

¹ **Sabryna dos Santos Costa.** Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal do Piauí. Participante de um Projeto de Pesquisa de Saúde do Adulto e Idoso e Extensão de IRAS no SAMU pela UFPI. Ligante da Liga Acadêmica Multiprofissional de Urgência e Emergência-UFPI. Monitora de congressos.

E-mail: sabrynasc@ufpi.edu.br. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7360622396601555>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0009-0009-0107-8831>.

² **Naila Roberta Alves Rocha.** Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPÍ (2009). Pós Graduação em Terapia Intensiva e em Urgência e Emergência. Atualmente é Enfermeira no Instituto Federal de Educação - IFPI Campus Picos e Enfermeira Plantonista no HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO-HRDC Oeiras-PI. **E-mail:** roberta.naila@gmail.com. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1347131617741774>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0002-8431-2823>.

³ **Ana Larissa Gomes Machado.** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC e Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Bolsista de Pós-doutorado Sênior do CNPq. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFPI-GPeSC e do Grupo de Pesquisa Inovação e Tecnologia no ensino e no cuidado em saúde - ITECS. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas: enfermagem, saúde do idoso, educação em saúde, letramento em saúde, tecnologia educacional e saúde pública.

E-mail: analarissa2001@ufpi.edu.br. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2675670228746077>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0002-7937-6996>

⁴ **Midian Pereira dos Santos.** Graduanda do curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva com a Linha de SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE. Integrante do Projeto de Extensão Universitária Boas práticas para Cicatrização de Feridas no HU-UFPI e da Liga Acadêmica de Estomaterapia e Tecnologias CCS-UFPI. Já atuei como integrante da Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade CSHNB- UFPI; Projeto de Extensão de Musicoterapia na Longevidade Saudável CSHNB- UFPI e do Programa de Educação em Saúde através de ações lúdicas Mais sorriso, mais saúde CSHNB- UFPI.

Email: midiansantosufpi@gmail.com.br. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1039352314610079>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0001-6655-7643>.

⁵ **Thereza Maria Magalhães Moreira.** Enfermeira e Advogada. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre (1999) e Doutora (2003) em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, 2012). Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq desde 2009. Ex-Coordenadora do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-PPCCLIS da UECE (2004-2006) e Ex-Vice-Coordenadora do PPCCLIS (2022-2024). Ex-Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão



em Saúde-MEPGES da UECE (2021-2024). Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC (2008-atual), no MEPGES (2016-atual) e no PPCCLIS (2004-atual) da UECE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1A (2009-atual). Diretora Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) (2023-atual). Editora Associada da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP (2022-atual). Consultora Ad hoc de vários periódicos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas: Enfermagem, Saúde pública-Saúde coletiva, Epidemiologia, Tecnologias, Pesquisa quantitativa em saúde, Doenças crônicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia e obesidade), Adesão terapêutica, Covid-19, Direito Sanitário. **Email:** thereza.moreira@uece.br. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2074959434257100>. **ORCID iD:** <https://orcid.org/0000-0003-1424-0649>.