



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Luana Rodvalho Constantino

**ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do processo de
trabalho da ESF e da UPA no território de Manguinhos**

Rio de Janeiro

2019

LUANA RODOVALHO CONSTANTINO

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do processo de trabalho da ESF e da UPA no território de Manguinhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento e Práticas em Saúde.

Orientador(a): Dra Gisele O'Dwyer

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C758a Constantino, Luana Rodvalho.
Atenção às urgências de baixo risco: análise da organização do processo de trabalho da ESF e da UPA no território de Manguinhos / Luana Rodvalho Constantino. -- 2019.
153 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Serviços Médicos de Emergência - organização & administração. 3. Emergências. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Pessoal de Saúde. 6. Trabalho. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.18

Luana Rodvalho Constantino

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do processo de trabalho da ESF e da UPA no território de Manguinhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 29 de Março de 2019

Banca Examinadora

Prof. Dra Cynthia Magluta

Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional/IFF/Fiocruz

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Prof^a Dra. Gisele O'Dwyer (Orientadora)

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

Diego (meu amor), por acreditar neste sonho desde o início, por ser tão presente em tudo, tão parceiro, por ser meu porto seguro, minha calma, minha razão e minha paz. Escolhemos estarmos juntos, firmamos nossas raízes e estamos crescendo, regando diariamente nosso amor com carinho, respeito, cuidado e cumplicidade. Amo você.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo milagre da minha vida e por estar presente em tudo;

A queridíssima **Gisele O'dwyer**, por sua imensa generosidade, por compartilhar seus conhecimentos, pelas palavras de carinho, pelo olhar atento, por acreditar em mim e pelos inúmeros: fica firme!

Mãe (**Jozeli**), pela inesgotável fonte de amor, por ser minha base, meu exemplo de força e determinação;

Minha irmã (**Flávia**), por estar ao meu lado sempre, por todo carinho, por todo zelo e cuidado, por sua dedicação com nossa família e por esse amor tão grandioso;

Pai (**Pasquale**), por vibrar comigo a cada conquista e por me apoiar sempre;

Aos meus familiares, por compreenderem minha ausência durante esta trajetória;

Fernando e Aparecida (*in memoriam*), vocês estiveram (e estão) sempre comigo. Este era um sonho nosso que hoje realizamos.

Bianca, por ser minha família, por estar sempre por perto e por nos manter unidas nas lágrimas e sorrisos;

Ao **Danilo Bandoli** pela oportunidade de atuar como enfermeira na UPA de Resende, onde vivi inúmeras experiências que me conduziram até aqui,

As minhas chefias do HFL (**Dneffer e Vânia**), por todo o apoio e por me proporcionarem alternativas para que eu pudesse viabilizar o mestrado.

Aos meus amigos do **HFL**, pela torcida, parceria e paciência;

Aos queridos companheiros de turma, fomos (somos) um elo de apoio e solidariedade, nos fortalecendo nas dificuldades e vibrando juntos pelas nossas conquistas;

Aos professores da **ENSP** pelo empenho com a nossa formação, pelas ricas discussões e por estarem sempre disponíveis;

A Profa **Dra Marismary Horsth** e a bolsista **Vera Damazi** pelo apoio e por contribuírem de forma tão participativa na pesquisa de campo;

Ao **Dr. Eduardo e Dra Cynthia**, pela disponibilidade e pelas ricas contribuições;

Ao **CSEGSF, CFVV, UPA de Manguinhos** e aos participantes da pesquisa por me receberem de braços abertos para a realização deste estudo;

Muito obrigada a todos!

Sem vocês esta trajetória não seria possível, a vitória é nossa!

“A saúde é 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.”

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196.

RESUMO

A implementação das Redes de Urgência e Emergência (RUE) tem sido um dos grandes desafios contemporâneos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos componentes que conformam uma RUE a Atenção Básica e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) configuram-se como importantes portas de entrada dos usuários, porém almeja-se que o primeiro contato seja realizado nas unidades de Estratégia Saúde Família (ESF). Entretanto, o papel de porta de entrada preferencial dos usuários na Atenção Básica ainda é incipiente tendo como consequência a superlotação das UPA com uma enorme demanda de usuários de baixo risco. Este estudo partiu da questão de investigação acerca da organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, questionando se de algum modo ela pode facilitar ou dificultar a atenção às urgências de baixo risco. Dessa forma, o objetivo geral dessa pesquisa consistiu em analisar a organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na ESF e na UPA no território de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro, tendo como cenário uma UPA e 2 unidades de ESF locais. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que utilizou como métodos a pesquisa de campo, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Na pesquisa de campo foi realizada coleta de dados secundários para caracterização dos atendimentos e coleta de dados primários através da realização de entrevistas com os profissionais da UPA (enfermeiros e médicos) e grupos focais com os profissionais das unidades de ESF (enfermeiros, médicos e agentes comunitário), totalizando 79 participantes no estudo. O referencial de análise construído possui três eixos de análise, o primeiro refere-se à caracterização dos atendimentos realizados em cada unidade, o segundo aborda o processo de trabalho das unidades analisadas e o terceiro relaciona-se aos limites e possibilidade da atenção às urgências de baixo risco no território de Manguinhos. Os resultados obtidos permitiram identificar que as unidades de ESF do território de Manguinhos tem desempenhado o papel de porta de entrada para as urgências de baixo risco, porém a UPA ainda enfrenta a superlotação resultante da baixa resolutividade da Atenção Básica dos bairros vizinhos. Porém a integração entre estes componentes ainda é incipiente tendo como uma das causas às questões micropolíticas que envolvem a relação entre as unidades.

Palavras-chave: Atenção Básica. Unidade de Pronto Atendimento. Atenção às urgências. Urgências de baixo risco.

ABSTRACT

One of the major challenges of the *Sistema Único de Saúde* (SUS – Brazilian’s Unified Health System) in present-days is the implementation of the *Redes de Urgência e Emergência* (RUE – Urgency and Emergency Networks). Among several components which establish a RUE, Primary Health Care and *Unidades de Pronto Atendimento* (UPA – Emergency Care Units) are important entrance door for users, but it’s aimed that the first contact with care should be carried out in the *Estratégia Saúde Família* (ESF - Family Health Strategy) units. However, the matter of user’s preferential entrance in Primary Health Care is still incipient, resulting in overcrowding of UPAs with a huge demand for low-risk users. This study is based on the inquiring about work process organization of health services, questioning if somehow it can facilitate or hamper low-risk urgencies care. Therefore, the objective of this research was to analyze the work process organization in low-risk urgencies within ESF and UPA, inside one UPA and two ESF local units, in Manguinhos’s territory, an area of Rio de Janeiro city. Thus, this study was proposed in an exploratory manner and with qualitative approach, using field, bibliographic and documentary research. During the research field, secondary data was collected to categorize clinical treatment, and primary data through UPA’s professionals interviews (nurses and physicians), and focal groups with ESF’s professionals (nurses, physicians and community agents), totalizing 79 participants in this study. The theoretical analyzes was constructed based on three axes: first of all is about the clinical treatment categorization in each unit, the second approaches the work process of the analyzed units, and third is about the limits and possibilities of low-risk urgencies care on Manguinhos. The results shown that the Manguinhos’s ESF units performs as entrance door to low-risk urgencies, nevertheless UPA still faces an overcrowding, due low resoluteness of Basic Health Care among close neighborhoods. However, these components integration is still incipient, having as one of the causes micropolitics issues which involve the relationship between these units.

Keywords: Primary Health Care. Emergency care unit. Urgency care. Low-risk urgencies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Pirâmide etária do território de Manguinhos	p.63
Figura 2	Mapa do território de Manguinhos	p.65
Figura 3	Pirâmide etária da população cadastrada na CFVV, Manguinhos	p.71
Figura 4	Pirâmide etária da população cadastrada na CSEGSF, Manguinhos	p.71
Figura 5	Distribuição dos atendimentos totais da CFVV e do CSEGSF	p.77
Figura 6	Distribuição dos atendimentos da CFVV e CSEGSF	p.78
Figura 7	Distribuição dos atendimentos de demanda espontânea por faixa etária das unidades de ESF	p.82
Figura 8	Distribuição dos atendimentos por turno das unidades de ESF	p.92
Figura 9	Distribuição proporcional dos atendimentos do CSEGSF por equipe	p.96
Figura 10	Distribuição proporcional dos atendimentos da CFVV por equipe	p.97
Figura 11	Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea por categoria profissional	p.100
Figura 12	Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea das equipes do CSEGSF por categoria profissional	P.101
Figura 13	Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea das equipes da CFVV por categoria profissional	p.101
Figura 14	Total de atendimentos por classificação de risco na UPA	p.102
Figura 15	Distribuição proporcional dos atendimentos da UPA de Manguinhos registrados no horário de funcionamento da ESF	p.106
Figura 16	Distribuição dos atendimentos verdes/azuis da UPA de Manguinhos por faixa etária	p.110
Figura 17	Distribuição dos atendimentos de demanda espontânea entre a UPA e as unidades de ESF do território de Manguinhos	p.116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese dos resultados obtidos na pesquisa bibliográfica	p.49
Quadro 2	Relação dos equipamentos de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Manguinhos	p.66
Quadro 3	Descrição da estrutura física das unidades de ESF do território de Manguinhos	p.68
Quadro 4	Distribuição do quantitativo de profissionais por categoria nas unidades de ESF do território de Manguinhos	p.69
Quadro 5	Número de população cadastrada por equipes da ESF de Manguinhos	p.70
Quadro 6	Relação dos profissionais da UPA de Manguinhos	p.72
Quadro 7	Métodos e coleta de dados para cada objetivo específico da pesquisa	p.75
Quadro 8	Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea do CSEGSF	p.80
Quadro 9	Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea da CFVV	p.81
Quadro 10	Principais diagnósticos registrados nos atendimentos verdes/azuis da UPA	p.109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comunidades do território de Manguinhos após ações do PAC

p.64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco
ACE – Agente de Combate às Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
ATS – Australian Triage Scale
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVS – Agente de Vigilância em Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS – Biblioteca Virtual de Salud
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CER – Centro de Emergência Regionais
CID – Classificação Internacional de Doença
CFVV – Clínica da Família Victor Valla
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFVV – Clínica da Família Victor Valla
CMS – Centro Municipal de Saúde
CR – Classificação de risco
CONASS – Conselho Nacional de Secretário de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval
CTAS – Canadian Triage Acuity Scale
DAB – Departamento de Atenção Básica
DE – Demanda Espontânea
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
DOU – Diário Oficial da União
DP – Demanda Programada
eAB – Equipes de Atenção Básica
ECG – Eletrocardiogramma
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESI – Emergency Severity Index
EUA – Estados Unidos da América
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC – Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDS – Índice de Desenvolvimento Social

MTS – Manchester Triage System
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEU – Núcleo Educação em Urgência
OS – Organizações Sociais
PAC – Programa de Aceleração do Desenvolvimento
PFL – Partido da Frente Liberal
PMA – Postos de Atendimento Médico
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PRC – Portaria de Consolidação
PRT – Portaria
PS – Posto de Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RA – Região Administrativa
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RJ – Rio de Janeiro
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SIM/SMS-RJ – SISTEMA DE Informação sobre Mortalidade do Município do Rio de Janeiro
SMS-RJ – Sistema Municipal de Saúde do RJ
SISREG – Sistema de Regulação
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde
UACPS – Unidades Auxiliares de Cuidados Primários
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB – Universidade de Brasília
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPAs – Unidades de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Objetivos.....	20
CAPÍTULO I – ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: conceitos, definições e normativas	21
1. Urgência: definições e classificações.....	21
2. Atenção às urgências: caminho traçado pelas normativas federais.....	25
3. O caso do município do Rio de Janeiro	44
CAPÍTULO II – ATENÇÃO ÀS URGÊNCIA NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS	48
1. Atenção às urgências no cotidiano das unidades de ESF.....	51
2. Atenção às urgências no cotidiano das UPA.....	58
CAPÍTULO III – TRAJETÓRIA METODOLÓGIA	61
1. Universo do estudo	61
1.1 Sobre a pesquisa.....	61
1.2 Contextualização do território.....	61
a) Aspectos históricos e sociodemográficos.....	61
b) Atenção à saúde local	65
c) Dados epidemiológicos do território.....	66
1.3 Cenários da pesquisa.....	67
2. Desenho do estudo.....	72
3. Métodos e técnicas.....	73
4. Análise e Apresentação dos Dados.....	75
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
1. Caracterização dos atendimentos das unidades de ESF de Manguinhos	77
2. Processo de trabalho das unidades de ESF na atenção as urgências de baixo risco em Manguinhos.....	90
3. Caracterização dos atendimentos da UPA de Manguinhos	105

4.	Processo de trabalho para a atenção às urgências de baixo risco na UPA de Manguinhos.....	112
5	Limites e possibilidades para a atenção às urgências em Manguinhos.....	116
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
	REFERÊNCIAS	123
	ANEXO I – Ficha de extração dos artigos.....	133
	ANEXO II – Quadro-síntese das referências da revisão bibliográfica.....	134
	ANEXO III – Instrumento de coleta de dados do prontuário e bases de dados da UPA.....	141
	ANEXO IV – Instrumento de coleta de dados do prontuário e bases de dados da ESF.....	142
	ANEXO V – Roteiro da entrevista semi-estruturada com profissionais enfermeiros da UPA.....	143
	ANEXO VI – Roteiro do grupo focal com os profissionais da ESF.....	144
	ANEXO VII – Termo de consentimento livre e esclarecido da entrevista para os participantes da upa de Manguinhos.....	145
	ANEXO VIII – Termo de consentimento livre e esclarecido do grupo focal para médicos e enfermeiros da ESF.....	147
	ANEXO IX – Termo de consentimento livre e esclarecido do grupo focal para agentes comunitários de saúde da ESF.....	150
	APENDICE A	153

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta como tema central a atenção às urgências de baixo risco, tendo como objeto de estudo a organização do processo de trabalho na rede assistencial de Manguinhos (Atenção Básica e Unidade de Pronto Atendimento).

O termo urgência não é compreendido de forma unânime, podendo assumir diferentes sentidos atribuídos pelos profissionais, usuários e pelos serviços de saúde (GIGLIO-JACQUEMONT, 2005). O Conselho Federal de Medicina (CFM) diferencia os termos urgência e emergência baseados na presença ou não de risco iminente de vida (CFM, 1995). Já o Ministério da Saúde adotou, inicialmente, o termo urgência para se referir aos acometimentos que careciam de atendimento imediato, atribuindo a estes casos uma classificação por nível de prioridade (BRASIL, 2006). Esta classificação baseou-se em 4 níveis (urgência de prioridade absoluta, urgência de prioridade moderada, urgência de prioridade baixa e urgência de prioridade mínima). Mais recentemente adotou-se o Protocolo de Manchester¹ como norteador de diversos protocolos de classificação de risco, especialmente nos serviços de urgência. Este protocolo associa os determinantes da situação de urgência ao tempo de espera, representando cada nível por cores: vermelho (emergência / 0 min), laranja (muito urgente 10 min), amarelo (urgente/ 60 min), verde (pouco urgente/ 120 min) e azul (não urgente/ 240 min) (CORDEIRO JUNIOR, et. al., 2014).

Nesta pesquisa adotou-se a utilização do termo urgência de baixo risco referindo-se ao universo de acometimentos classificados como verdes e azuis. Além disso, foi utilizado o termo demanda espontânea para se referir as situações não programadas que chegam as unidades (em geral as urgências), termo já amplamente utilizado nos serviços de Atenção Básica. Optou-se também em utilizar o termo Atenção Básica.

O interesse neste tema surge da minha experiência como enfermeira em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) porte III, localizada em um município no Sul Fluminense (Região Médio Paraíba), onde trabalhei por três anos (2013 a 2016). Na classificação de risco, sempre lotada, me deparava com inúmeros usuários de baixo risco (azuis e verdes) com condições sensíveis para atendimento na Atenção Básica. Na época, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município era de aproximadamente 62%, com equipes incompletas devido à dificuldade de contratação e fixação dos profissionais. Em 2017 realizei

¹ Protocolo de Manchester: criado pelo Grupo de Triagem de Manchester em 1994, opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores sendo utilizado como ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência (MENDES, 2011).

uma pesquisa bibliográfica² que evidenciou, dentre as demais análises, que as urgências de baixo risco correspondiam ao maior volume de atendimentos nas UPA, quase sempre associadas à baixa resolutividade da Atenção Básica.

As UPA correspondem aos serviços de atendimento pré-hospitalar fixo que atuam como intermediários entre as unidades de Atenção Básica e os hospitais. Devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos (ou agudizados) de natureza clínica, e garantir a estabilização e investigações diagnósticas iniciais para os casos de trauma e/ou cirúrgico para encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a). Para que seja possível cumprir seu papel, a implantação de uma UPA é vinculada a comprovação de cobertura de Atenção Básica de no mínimo 50% da população no município sede, além de ter implantado o Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e hospital de referência (BRASIL, 2017d). A primeira UPA foi inaugurada em 2007 no município do Rio de Janeiro (RJ), e teve um acelerado processo de expansão para todo o Estado do RJ (LIMA, et. al, 2015). Inicialmente as UPA foram implantadas sob a gestão da esfera estadual, e gradativamente tem sido municipalizadas. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do RJ (SMS-RJ), em janeiro de 2019 constam registradas 14 UPA municipais e 16 estaduais. As UPA municipais são administradas de forma indireta por Organizações Sociais (O.S).

A Atenção Básica é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, focadas no indivíduo, família e coletividade, que vão desde a promoção até a reabilitação, objetivando coordenar do cuidado e ser a porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como estratégia de expansão a Saúde da Família (BRASIL, 2017c).

Destaca-se que no ano de implantação das UPA a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro era de 7% atingindo em 2017 aproximadamente 52% (SAGE, 2017). Apesar da notável (mas não suficiente) expansão da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF), resultante da descentralização da gestão para os municípios, a fragmentação do cuidado ainda é um desafio devido baixa capacidade de integração entre os serviços que estão sob a gestão de diferentes esferas de governo (CAMPOS, 2006) e inúmeras entidades da administração indireta³. A baixa capacidade de

² Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, FIOCRUZ/ENSP.

³ Administração indireta na saúde: é composta por órgãos com personalidade jurídica própria, que desempenham as funções do Estado de maneira descentralizada. Fonte: Governo Federal, disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/autarquias>> acesso em 08/12/2018

integração da Atenção Básica com os demais níveis de atenção dificulta o alcance do almejado atributo de coordenação do cuidado, comprometendo o reconhecimento da ESF como porta de entrada preferencial dos usuários no SUS. Desta forma, quando o usuário não é acolhido pela Atenção Básica, ele acaba recorrendo aos serviços de emergência que acabam fazendo o papel de reguladores do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos nos outros níveis assistenciais (O'DWYER; et.al., 2008). Nestes serviços muitos profissionais possuem vínculos temporários, não conhecem a rede loco regional e o usuário não tem nenhuma garantia de continuidade do cuidado (BRASIL, 2002).

O papel de porta de entrada dos serviços de urgência não é recente no SUS, e aponta a fragilidade do primeiro contato esperado na Atenção Básica (O'DWYER; et. al., 2008). Os serviços de urgência podem atrair os usuários pela idéia de atenção imediata e acesso a medicamentos e exames (CARRET, 2009). Sabe-se que, além disso, persiste a cultura na sociedade de valorização do modelo biomédico e da conseqüente medicalização social⁴ (TESSER; NETO; CAMPOS; 2010). Também não é raro o desconhecimento da população sobre o papel da Atenção Básica no atendimento de urgências. Muitos usuários atribuem à Atenção Básica ao modelo dos tradicionais “postos de saúde”, nos quais as atividades eram em torno de ações com foco na promoção/prevenção (ex. vacinas e consultas programadas).

A associação da Atenção Básica as ações de promoção/prevenção possuem raízes históricas, onde nos primórdios da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) as equipes eram orientadas a realizar ações mais centradas em programas de saúde, não havendo recomendações específicas sobre como lidar com as urgências. As atividades eram focadas em critérios epidemiológicos para priorização de ações de vigilância, prevenção, tratamento e controle de doenças específicas, criando grupos prioritários e consultas programadas para acompanhamento (TESSER, et. al., 2010). Com isso as pessoas em condições de urgência menor ou de urgência social se dirigiam aos pronto-atendimentos, provocando superlotação e menor resolutividade dos serviços de urgência e emergência de maior densidade tecnológica (MENDES, 2011). Além disso, a tardia adesão do município do RJ à ESF e baixa cobertura da Atenção Básica, também favorece que os usuários procurem a UPA na busca de solução para problemas, mesmo que sejam considerados de natureza ambulatorial (KONDER; O'DWYER, 2016). Outras questões que envolvem a procura por serviços de urgência, podem

⁴ Medicalização social: processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores dos usuários, acentuando a busca pela realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. (TESSER; NETO; CAMPOS; 2010).

estar relacionados a experiências pessoais em outros pontos de atenção, auto-percepção quanto a gravidade da doença, crença de maior resolutividade em comparação a atenção básica além de fatores relacionado a conveniência dos usuários (GODOI; et. al., 2016).

Em 30 anos de SUS é possível identificar quatro etapas principais de implantação da política de urgência no país: (1) até 2003, produção das principais normas que instituem a política com maior destaque a atenção às urgências no âmbito hospitalar; (2) de 2003 a 2008 predomina a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); (3) de 2008 a 2009 predomina a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e (4) após 2011 onde buscou-se a integração dos componentes da atenção às urgência com a instituição da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (ODWYER; et. al. 2017).

As Redes de Urgência e Emergência (RUE), criadas pelo Ministério da Saúde em 2011 (atualmente regulamentadas pela Portaria de Consolidação nº 3 anexo III), são compostas por diversos⁵ equipamentos de saúde (contemplando todos os níveis assistenciais), visando articular os serviços para garantir, de forma ágil e oportuna, o acesso integral aos usuários em situação de urgência/emergência (BRASIL, 2017d).

Segundo Mendes (2011) nas RUE o paradigma Atenção Básica muda, e este nível de complexidade passa a se responsabilizar, em sua área de atuação, pelas urgências de baixo risco. Os casos mais graves também podem surgir, cabendo as unidades ESF a estabilização e posterior transferência para um nível de atenção de maior complexidade. Isso também implica em reconfiguração do espaço físico, adensamento tecnológico, a implantação de novos fluxos e processos e a capacitação da equipe de ESF para o manejo das condições de urgência (MENDES, 2011).

Atualmente as ações na Atenção Básica englobam, dentre outras atividades, as consultas programadas e consultas de demanda espontânea. As consultas de demanda espontânea têm o objetivo de acolher os usuários, sejam para resolução de alguma questão clínica (urgências) ou administrativa.

Conciliar os atendimentos de demanda espontânea e os atendimentos de demanda programada é um desafio no cotidiano das unidades, muitas vezes sobrecarregadas com a enorme adscrição de habitantes em suas equipes. É necessário haver um equilíbrio entre os atendimentos, uma vez que a excessiva priorização das demandas espontâneas pode trazer a lógica dos serviços de pronto-atendimento para a Atenção Básica. Em contrapartida, a priorização das demandas programadas pode suprimir a capacidade de absorção das demandas

⁵ São componentes da RUE: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Centrais de Regulação Médica; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA; Hospitais; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2017d).

espontâneas, que são essenciais para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços (AMARAL, et. al., 2015).

Percebe-se que as inúmeras tentativas de garantir maior acesso dos usuários no SUS não tem sido suficiente para reduzir a superlotação nos serviços de urgência e emergência. Diversos estudos têm apontado que a maioria dos atendimentos nos serviços de urgências correspondem a urgências de baixo risco que poderiam ser atendidas pela Atenção Básica (DINIZ; et. al., 2014; GODOI; et. al., 2016; FEITOSA; et. al., 2017; KONDER; O'DWYER, 2016; O'DWYER; et. al., 2017; RATE; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI; et. al., 2017b). Conforme já destacado, muitas vezes os usuários escolhem os serviços de urgência influenciados pela cultura de valorização do modelo biomédico e a Atenção Básica enfrenta dificuldade na organização do processo de trabalho para acolher as demanda espontâneas devido ao grande volume de população adscrita por equipe.

Além disso, os serviços de urgência possuem protocolos definidos para classificar os riscos dos usuários baseados em critérios clínicos conforme apresentado anteriormente. Na Atenção Básica os usuários também devem ser avaliados pelo acolhimento quanto aos riscos e vulnerabilidades conforme previsto⁶ em diversas normativas do Ministério da Saúde, porém diversos estudos apontam que nas unidades de ESF o acolhimento não é baseado em um protocolo específico (FARIA; CAMPOS, 2012; HERMIDA; et.al., 2016; SOARES, 2017; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017). Dessa forma o critério de urgência passar a ser definido de forma subjetiva e dependente da experiência e capacidade de avaliação dos profissionais, o que pode gerar muitas discrepâncias entre os profissionais e principalmente entre os diferentes serviços de saúde.

Destaca-se que a Atenção Básica muitas vezes não se considera capaz de acolher a demanda espontânea diante de tantas tarefas já estabelecidas, adicionando ainda a falta de qualificação e estrutura inadequada para atender casos urgentes (KONDER; O'DWYER, 2016). Quando os usuários de baixo risco procuram os serviços de urgência muitas vezes são encarados como atendimento inadequado, pois possuem condições clínicas que deveriam ser atendidas pela Atenção Básica. Nesta situação não é raro que o serviço de urgência não atenda este usuário, orientando que ele procure sua unidade básica de referência. Já na Atenção Básica este mesmo usuário também pode enfrentar dificuldade no acesso pela limitada capacidade de absorção das agendas que precisam priorizar as demandas. Como se trata de

⁶ O acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades na Atenção Básica é descrito pela Política Nacional de Humanização, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011f; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c); na RUE (BRASIL, 2017d) e no Caderno de Atenção Básica nº 28 volume I de 2013 (BRASIL,2012b).

uma urgência de baixo risco o usuário pode ser direcionado para atendimento em outro momento. Sendo assim, segundo O'Dwyer (2010) o atendimento às urgências de baixo risco perde sua visibilidade por ser encarado como “menos grave” e consequentemente “menos importante” e muitas vezes os usuários não conseguem acessar os serviços. O reduzido privilégio para as urgências pode gerar grandes prejuízos para os usuários devido ao risco de complicação de uma demanda clínica ou até mesmo perda de credibilidade no potencial de resolução do SUS (O'DWYER, 2010). Nota-se que essas questões estão relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, e que influenciam diretamente no acesso dos usuários no SUS.

Conforme discutido, a atenção às urgências já está regulamentada em diversos instrumentos normativos, com a definição do papel de cada componente da RUE. Porém, os profissionais de saúde agem de modo singular ao processo de implantação das diretrizes normativas. Esta forma singular é reflexo das práticas de cuidado que se dão pela singularidade de cada encontro (FRANCO; MEHRY, 2011). Neste sentido surge a seguinte questão: a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde tem facilitado ou dificultado a atenção às urgências de baixo risco?

Um estudo recente analisou as implicações da coexistência da unidade de ESF e UPA para a atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro (bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão) (SOARES, 2017). Como resultado, esta pesquisa identificou que a coexistência é benéfica, porém se faz necessário a remodelagem na configuração dos serviços para garantir uma oferta organizada em cada território. Além disso, este estudo apontou que uma mesma demanda pode ser interpretada com maior risco na Atenção Básica e menor grau na UPA, uma vez que os fatores considerados para a sua classificação são diferentes (SOARES, 2017).

Diante disso, torna-se relevante analisar como os serviços de saúde estão organizados para atender às urgências de baixo de risco. Sendo assim, esta pesquisa se propõe a analisar a organização do processo de trabalho na atenção as urgências de baixo risco na UPA e nas unidades ESF do território de Manguinhos.

O território de Manguinhos se constitui um campo fértil de estudo uma vez que possui 100% de cobertura da ESF coexistindo com uma UPA sob a mesma gestão (municipal e sob a mesma O.S), o que se pressupõe que seja um elemento facilitador para integração destas unidades. Além disto, este estudo contribuirá para compor mais uma experiência de

integração física de UPA e clínica de família no município do Rio de Janeiro, sendo duas estudadas por Soares (2017) na Rocinha e Complexo do Alemão e a terceira no território de Manguinhos realizada nesta pesquisa. Esta pesquisa busca contribuir para o Campo da Saúde Coletiva, uma vez que estudos sobre atenção às urgências, especial as de baixo risco, ainda são incipientes. Sendo assim esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Analisar a organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na ESF e na UPA do território de Manguinhos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever o perfil dos atendimentos de demanda espontânea da UPA e da ESF;
- 2) Identificar como os atendimentos de baixo risco se distribuem na UPA considerando o horário de atendimento da ESF;
- 3) Caracterizar a forma de organização dos serviços (UPA e ESF) no que se refere a recursos humanos, forma de funcionamento e estrutura para o atendimento das urgências;
- 4) Identificar os mecanismos de organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na ESF e na UPA;

CAPITULO I

ATENÇÃO AS URGÊNCIAS: conceitos e definições normativas

Este capítulo é dividido em três subtítulos que se propõem a apresentar as definições e classificações referentes às urgências, o caminho das regulamentações para a implementação da atenção às urgências no SUS e uma contextualização das urgências no município do Rio de Janeiro.

1 -URGÊNCIA: definições e classificações

Envolto a diversos aspectos que vão além do significado semântico, não é raro a confusão sobre o que é urgência tanto no meio acadêmico quanto no senso comum. E essa confusão está relacionada à definição de urgência propriamente dita, e o que a difere de uma emergência. O entendimento do que é ou não urgente/emergente adquire nuances de acordo com os sentidos atribuídos pelos usuários, profissionais de saúde e pelas instituições. Em 2005 a autora Armelle Giglio-Jacquemont propôs uma discussão sobre as definições dos termos urgência e emergência. No texto a autora traz as descrições contidas no dicionário Aurélio de 1986, destacando que não há distinção clara entre um caso de urgência e um caso de emergência. Conforme observado pela autora, a palavra emergência quando aplicada a um caso clínico não é dissociada da palavra urgência, e quando busca distinguir de urgência os dois termos são apresentadas como sinônimos:

“Emergência (do lat. *emergentia*). S.f. 1. Ação de emergir. 2. Nascimento (do Sol). 3. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente. 4. Caso de urgência, de emergência: emergências médicas; emergências cardíacas (...)”(Dicionário Aurélio 1986 apud GIGLIO-JACQUEMONT, 2005 p.10).

“Urgência. (do lat. *urgentia*) S. f. 1. Qualidade de urgente 2. Caso ou situação de emergência, de urgência. £ Urgência urgentíssima. (...)” (Dicionário Aurélio 1986 apud GIGLIO-JACQUEMONT, 2005 p.10).

Segundo Giglio-Jacquemont, no que se refere aos profissionais de saúde, a diferença entre os termos urgência e emergência apresentam-se com frequência nos discursos, justificando a importância da diferenciação dos termos para o agir adequadamente em cada circunstância. A autora destaca que há existência de critérios discriminantes que demonstram a valorização do caráter técnico atribuído ao entendimento de urgência/emergência em falas comuns dos profissionais como: “o povo acha tudo urgente”, “o povo não sabe fazer a diferença”, “confunde urgência e emergência” (GIGLIO-JACQUEMONT, 2005).

Segundo conceito do Conselho Federal de Medicina (CFM), as urgências caracterizam-se pela ocorrência imprevista de agravo à saúde, que se diferenciam das emergências pela inexistência da constatação de risco iminente de vida ou grave sofrimento (CFM, 1995).

Já o Manual da Regulação Médica das Urgências (2006) aponta que o entendimento do que é urgência depende da perspectiva de quem percebe e quem sente. Neste sentido, a “urgência” para os usuários e seus familiares está relacionada a ruptura do curso da vida (“eu não posso esperar”); para o médico tem relação com tempo x prognóstico (“ele não pode esperar”) e para as instituições relacionam-se com transtornos na sua organização (“o que não pode ser previsto”) (BRASIL, 2006a).

Migrando da subjetividade para o imperativo da necessidade humana, o Manual propôs uma classificação em níveis por grau de urgência. Estabeleceu-se quatro níveis, sendo o nível 1 o mais prioritário e o 4 o menos prioritário. O nível 1 é definido como “Emergência ou Urgência de prioridade absoluta” onde corresponde aos casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave. Já o nível 2 é definido como “Urgência de prioridade moderada” e compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico dentro de poucas horas. O nível 3 denominado “Urgência de prioridade baixa” refere-se aos casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas. E por fim, o nível 4 foi definido como “Urgência de prioridade mínima”, no qual compreendem as situações em que o médico regulador pode fornecer conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos (BRASIL, 2006a, p.49).

Internacionalmente diversas escalas e protocolos têm sido aplicados para a classificação de risco. Dentre os instrumentos que vem sendo mais utilizados destacam-se: Australasian Triage Scale (ATS); Canadian Triage Acuity Scale (CTAS); Emergency Severity Index (ESI); e Manchester Triage System (MTS). Todos os instrumentos citados têm em comum a estratificação das situações de urgência em 5 níveis, onde o menor valor atribuído a estratificação corresponde a condição mais grave do usuário. O ATS, é um protocolo australiano implementado na década de 90 que determina 5 categorias para as situações clínicas e atribui o tempo máximo de espera para cada uma delas: categoria 1 - risco imediato a vida (imediato); categoria 2 - risco iminente de morte ou exigência de tratamento imediato (<10 minutos); categoria 3 - potencial ameaça a vida (30 min); categoria 4 - situação de potencial urgência ou complicação (60 min); categoria 5 - problemas clínicos menos urgentes (120 min) (PIRES, 2007). O CTAS baseou-se no ATS sendo implantado em 1999 no Canadá.

Também apresenta 5 níveis de estratificação com determinação dos tempos para espera máxima para atendimento, porém com distinção da descrição das categorias: nível 1 – reanimação (imediato); nível 2 – emergência (até 15 minutos); nível 3 – urgência (até 30 min); nível 4 semi-urgência (até 30 min); e nível 5 – não-urgente (até 120 min) (PIRES, 2007). O ESI trata-se um protocolo mais elaborado desenvolvido em 1998 nos Estados Unidos. Esse modelo também estratifica os pacientes em cinco categorias distintas, as quais são avaliados a estabilidade de sinais vitais (1- instável, 2- ameaça a estabilidade, 3- estável, 4- estável, 5- estável); ameaça a vida ou órgãos (1- evidente, 2- provável, 3- pouco provável, 4- não, 5- não); necessidade de reanimação (1-imediata, 2- as vezes, 3- raramente, 4-não, 5- não); dor ou sofrimento intenso (1-sim, 2-sim, 3-não,4-não, 5-não); e necessidade de recursos (1-máxima, 2-alta, 3-média, 4-baixa, 5-baixa) (PIRES, 2007). O MTS é o protocolo mais difundido no mundo e amplamente orientador dos protocolos de classificação de risco nacionais. Foi criado em 1994 no Reino Unido e também estratifica as condições de saúde em 5 níveis, atribuindo o tempo de espera diferente dos demais instrumentos apresentados e atribui uma cor para cada risco: nível 1-emergente (vermelho, 0 min); 2- muito urgente (laranja, 10 min), 3-urgente (amarelo, 60 min); 4 (verde, pouco urgente, 120 min); e 5-não urgente (azul, 240 min) (Souza, 2009).

O Ministério da Saúde lançou em 2009 um manual chamado “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” como texto complementar a Política Nacional de Humanização. Este não é um manual normativo, porém através de reflexões e exemplos apontam algumas recomendações práticas para compreender e implementar o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde. Não há definição de um protocolo a ser seguido, sugerindo que com base na bibliografia disponível cada unidade organize o modelo de classificação risco mais adequado a cada realidade. Destaca-se que há uma preocupação em ampliar o olhar acerca da classificação de risco, reforçando que independente do protocolo a ser seguido pelas unidades é fundamental a compreensão não só dos riscos clínicos, mas das vulnerabilidades de cada pessoa que procura o serviço de urgência (BRASIL, 2009a).

Em 2012 o Ministério da Saúde publica o Caderno de Atenção Básica nº 28 com o título “Acolhimento à demanda espontânea”, composto por dois volumes. No o volume I aborda o tema acolhimento contextualizando no âmbito da Atenção Básica trazendo questões de aspectos gerais quanto a sua implementação nas unidades (BRASIL, 2012b). Já o volume II corresponde ao desdobramento do primeiro e fornece as recomendações para abordagem das situações clínicas mais comuns que surgem no acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2012c).

Com relação a classificação de risco, o volume I ratifica a questão da importância em se incluir, além da avaliação de risco em termos biológicos, a avaliação das vulnerabilidades. E adota a seguinte classificação:

- 1) Situação não aguda: orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; adiantamento de ações previstas em protocolo e agendamento/programação de intervenções

- 2) Situação aguda: atendimento imediato (alto risco de vida, necessitando da intervenção da equipe no mesmo momento); atendimento prioritário (risco moderado, necessita de intervenção breve da equipe podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até nova avaliação do profissionais mais indicado para o caso); atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante, situação que precisa ser manejada pela equipe no mesmo dia e pode ser feito por qualquer profissional de nível superior da equipe dependendo da situação).

Nota-se que não há definição de tempo rígido, mas aponta aspectos de temporalidade e valoriza a vulnerabilidade como elemento que quando presente diferencia um atendimento de baixo risco clínico que dependendo da vulnerabilidade pode ser classificado como uma situação aguda ou como uma situação não aguda. Desta forma torna a aplicabilidade desta forma de classificação viável para a Atenção Básica.

Sendo assim, para a compreensão de urgência é fundamental qualificar a situação ao qual se refere, seja através da avaliação de riscos clínicos e/ou vulnerabilidades. Conforme apresentado, o Ministério da Saúde não determina um protocolo específico para a classificação dos riscos e vulnerabilidades nos serviços de saúde, mas aponta a importância da implementação de diretrizes em todos os níveis assistenciais de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

2. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: caminho traçado pelas normativas federais

Em linhas gerais, um instrumento regulatório (normas, leis, portarias e etc), surge a partir de um problema legítimo que impacta a sociedade e o Estado, ou de uma intenção em atender necessidades até então não contempladas. Porém, ao mesmo tempo atende aos interesses políticos de seus formuladores. O SUS, enquanto política pública, constitui uma arena de conflitos onde atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem tensões para sua implementação (VIANA; FARIA; PACIFICO, 2006).

A construção da trajetória da atenção às urgências através das políticas públicas não corresponde necessariamente ao retrato da realidade vivida pelos usuários nos serviços de saúde, mas permite analisar de que forma o tema permeou a agenda do governo ao longo dos anos. Os marcos normativos fornecem elementos importantes que auxiliam na compreensão da realidade atual, na qual a atenção às urgências passou a ser um dos eixos temáticos nas Redes de Atenção à Saúde, porém ainda convive com a fragmentação do cuidado e dificuldade de acesso dos usuários.

Desta forma, para a seleção dos marcos normativos de forma temporal, foi realizado levantamento sobre os principais documentos nacionais que tratavam especificamente sobre o tema urgência, e políticas nacionais que abordavam outros temas, porém com algum destaque para as urgências em seu conteúdo. A busca se deu através do Portal Saúde Legis em 01/11/2017 sendo utilizado como filtros de pesquisa o período (01/01/1988 a 01/11/2017), tipo da norma (PRT- Portaria), origem (GM – Gabinete do Ministro), fonte (DOU – Diário Oficial da União) e assunto (urgência). Foram obtidos 2964 resultados, e após leitura das ementas foram excluídos as portarias que tratavam de transferências de recursos de componentes não relacionados à prestação de assistência direta, financiamento de obras de reforma e aquisição de equipamentos, financiamento de recursos para Estados e Municípios específicos, Redes de Atenção as Urgências de Estados e Municípios específicos, habilitação de estabelecimentos de saúde e piso salarial. Com a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionadas para análise 26 documentos normativos.

Buscou-se nestas portarias as questões relacionadas à atenção as urgências, com destaque especial para os elementos fundamentais para alcance dos objetivos desta pesquisa:

- Conceito de urgência apresentado;

- Papel da Atenção Básica no atendimento às urgências/ demanda espontânea;
- Papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPA);
- Definições da forma de organização dos serviços para atenção às urgências/ demanda espontânea (recursos humanos, capacitação dos profissionais, forma de funcionamento e estrutura para atendimento às urgências);
- Mecanismos de organização do cuidado (forma de acesso dos usuários e estratégia de organização das demandas);
- Integração entre Atenção Básica e UPA.

Em outubro de 2017 foram publicadas seis Portarias de Consolidação, que constituem um compilado das portarias ministeriais da saúde em um único documento. As consolidações foram fruto de um projeto executado pelo Programa de Direito Sanitário da Fiocruz em parceria com a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB), Ministério da Saúde, CONASS e o CONASEMS. De acordo com Delduque, anteriormente as portarias estavam dispersas e sem uma lógica organizacional, o que dificultava a consulta de leigos e gestores de saúde no universo imenso de normativas (DELDUQUE, 2017). Do universo total do arcabouço normativo do SUS, “foram analisadas aproximadamente 20 mil portarias e destas apenas 700 continham normativas válidas” (DELDUQUE, 2017, p.16). As Portarias de Consolidação não trouxeram elementos novos, mas sim a organização das normatizações vigentes no que se refere ao teor abordado, sendo organizadas em seis portarias: Portaria de Consolidação nº 1 (direitos, deveres, organização e funcionamento do SUS); Portaria de Consolidação nº 2 (Políticas Nacionais do SUS); Portaria de Consolidação nº 3 (Redes do SUS); Portaria de Consolidação nº 4 (Sistemas e Subsistemas do SUS); Portaria de Consolidação nº 5 (Ações e Serviços de Saúde do SUS); Portaria de Consolidação nº 6 (financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde).

Porém, ao invés de analisar somente as Portarias de Consolidação (PRC), optamos por abordar as portarias na lógica temporal de publicação para maior compreensão da construção da trajetória do tema urgência na agenda do governo ao longo dos anos. Para cada portaria discutida nesta pesquisa citou-se o status da mesma e nos casos de revogação total ou parcial a portaria de substituição foi mencionada com suas respectivas alterações.

A preocupação com a atenção às urgências surge na agenda do governo em 1998. Neste momento, a carência dos serviços na área de atendimento às urgências nos grandes centros urbanos já era reconhecida e identificou-se a necessidade de organizar e hierarquizar

os serviços de assistência. Neste ano de 1998, sob o Governo Federal do Presidente Fernando Henrique Cardoso e a gestão de José Serra no Ministério da Saúde, aprovou-se a **Portaria n° 2923/1998/GM/MS** que instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar (revogada totalmente pela Portaria de Consolidação N° 3/2017). O objetivo deste programa era a conformação de Sistemas de Referência Hospitalar para o atendimento às urgências em cada estado, englobando a assistência pré-hospitalar, centrais de regulação, hospitais de referência, treinamento e capacitação das equipes de atendimento. Define-se o valor de recursos a serem repassados às Secretarias Estaduais para que fossem investidos nas áreas citadas anteriormente. Não há a especificação do que se constitui como assistência pré-hospitalar citado no artigo n°2 desta portaria.

Em 1999, são publicadas as **PRT n° 479/1999/GM/MS** e **PRT n° 824/1999/GM/MS**. Na primeira portaria (revogada totalmente pela PRC n° 3), foi aprovada a criação dos mecanismos para a implementação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de urgência e emergência, dando maior detalhamento para a complementação da Portaria n° 2923/1998/GM/MS. Esta portaria estabelece a classificação para os hospitais (tipo I, II, III), levando em consideração os recursos humanos, tecnológicos, área física, natureza de atendimento (clínico e/ou cirúrgico) e especialidades disponíveis. Para cada tipo de classificação foi estipulado um valor de repasse financeiro. Na PRC n° 3 os artigos foram mantidos, inclusive no que se refere ao percentual de repasse para cada tipo de classificação hospitalar.

Na **PRT n° 824/1999/GM/MS**, o formulador considera a inexistência de normas relativas ao atendimento pré-hospitalar no país, justificando a necessidade de uma normatização nesta área. Considerou-se unidade de atendimento pré-hospitalar somente as ambulâncias, conforme descrito no texto:

“O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guardada por uma equipe de, pelo menos, dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar. (BRASIL, 1999, Anexo p. 1)”.

Além disso, a **PRT n° 824/1999/GM/MS** institui a Regulação Médica trazendo seus conceitos, descreve as funções e competências dos profissionais envolvidos, apresenta os módulos para capacitação (todos focados para atuação em urgências e emergências), e institui as normas para as ambulâncias. Não há nenhuma menção aos demais níveis assistenciais, sendo considerado no atendimento pré-hospitalar o encaminhamento das vítimas somente

para o uma unidade hospitalar. Neste período as UBS tinham um caráter focado em ações programáticas de promoção e prevenção, não sendo consideradas como unidades de saúde com capacidade de absorção de demandas de baixo risco. Tal Portaria foi revogada pela PRT n° 814/2001/GM/MS que foi também revogada totalmente pela PRT n° 2048/2002/GM/MS.

Na **PRT n° 814/2001/GM/MS** observa-se alteração na descrição do atendimento pré-hospitalar como “atendimento pré-hospitalar móvel”, o que mostra a intenção de diferenciar outras possibilidades de atendimento pré-hospitalar, porém não as cita. Além disso, outra mudança percebida é a inclusão de outras possibilidades de encaminhamento dos usuários além do hospital, onde descreve: “fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes” (BRASIL, 2001, Anexo, p. 1). Outra alteração importante foi a exclusão dos profissionais socorristas e a inclusão dos bombeiros militares e profissionais responsáveis pela segurança no atendimento pré-hospitalar móvel. Além disso, surge o contato 192 para acionamento da Central de Regulação Médica com reforço para ampla divulgação para toda a população.

A **PRT n° 2048/2002/GM/MS** aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. No ano seguinte, juntamente com as Portaria n° 1863 e n° 1864 constituiu-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Das três portarias que compunham a PNAU, somente a Portaria n° 2048 ainda está vigente, sendo as demais revogadas e discutidas mais adiante.

A PRT n° 2048 /GM/MS foi um marco para a política de urgências (O'DWYER, 2010). Esta portaria descreveu a organização dos componentes assistenciais de diferentes níveis de complexidade disponíveis para a atenção às urgências, com detalhamento em diversos itens, tornando-se o documento normativo mais extenso sobre urgências até então publicado (138 páginas). Ainda na descrição das considerações iniciais, é reconhecido que a extensão territorial brasileira desfavorece municípios de pequeno e médio porte na atenção hospitalar e de alta complexidade por estarem distantes de seus respectivos municípios de referência. Desta forma, destaca que se faz necessário garantir serviços intermediários em complexidade nestes municípios menores, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves (BRASIL, 2002). Estes serviços foram definidos como pré-hospitais (unidades básicas, programa saúde da família, ambulatórios especializados, pronto-socorro, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.) e a rede hospitalar de

alta complexidade. Nota-se então, uma mudança importante na qual os demais componentes assistenciais, em diferentes níveis, passam a ser responsáveis por acolher os usuários em situação de urgência compatíveis com a complexidade de cada serviço, constituindo assim um marco na atenção às urgências.

Como anexo à portaria, encontra-se o regulamento técnico propriamente dito, organizado em capítulos: regulação médica, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar e transportes inter-hospitalares e núcleo de educação em urgências (NEU). Para cada capítulo apontou-se, em linhas gerais, os recursos humanos necessários (atribuições e capacitação), aspectos organizacionais do serviço, questões estruturais físicas/materiais e grades de referência.

Antes da discussão dos capítulos, o regulamento aponta uma mudança na perspectiva assistencial, na qual descreve que o “Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implantado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências” (BRASIL, 2002, p.6). A utilização do termo promoção atrelado a uma normativa sobre urgências sugere um olhar mais abrangente para o tema, com a preocupação de solucionar não apenas a forma de acesso aos serviços em casos agudos, mas também a importância das ações de promoção e prevenção.

Reafirmando esta mudança na perspectiva assistencial, o regulamento destaca a importância da Atenção Básica como porta de entrada preferencial dos usuários, reconhecendo que na ausência da resolutividade do nível primário os usuários recorrem aos serviços de urgência podendo não ter suas necessidades atendidas, exemplificando:

Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais [...] (BRASIL, 2002, p.12).

Sendo assim, o documento sugere que todos os municípios devem minimamente ser responsáveis por acolher os usuários na Atenção Básica com quadros agudos de menor complexidade, com pactuação com outros componentes de complexidades maiores de acordo com as características loco-regionais.

Ainda sobre a Atenção Básica, o regimento enfatiza que as questões relacionadas às situações de urgência de maior gravidade são pouco abordadas pelas instituições formadoras, resultando muitas vezes na formação de profissionais inseguros que diante de situações

urgentes, tem o impulso de encaminhar os usuários para outros níveis assistenciais sem a devida avaliação e estabilização necessária. Sobre a estruturação de recursos físicos, o documento define quais os medicamentos e insumos devem estar disponíveis nas unidades de ESF para um primeiro atendimento de situações urgentes. No que tange a estruturação da grade de referência, o documento enfatizou a importância da retaguarda pactuada para referenciamento dos usuários atendidos que necessitem de algum encaminhamento para serviços de outro nível e/ou transporte para os casos mais graves.

Além das unidades básicas de saúde o regulamento trata ainda de outras unidades não-hospitalares fixas de atendimento às urgências e emergências. Segundo o texto, todos os municípios devem ter pelo menos uma unidade não-hospitalar funcionando 24 horas do dia. Estas unidades necessitam estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade dos quadros agudos ou crônicos agudizados, reduzindo a sobrecarga dos hospitais e atendimento de baixa complexidade nos horários de não funcionamento da rede básica. São definidas como:

[...] estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. (BRASIL, 2002, p.13).

Sobre o dimensionamento e organização da assistência nestas unidades, estabeleceu-se a equipe de saúde para atendimento contínuo de clínica médica e pediatria, devendo conter minimamente o profissional médico (clínico e pediatra) e enfermeiro nas 24 horas. O suporte de laboratório de patologia clínica e radiologia foram descritos como itens obrigatórios, além de leitos de observação de até 24 horas. É definida ainda a organização das unidades por Porte de I a III, classificadas de acordo com o volume da população do território, capacidade de atendimentos médicos em 24h, determinando o número de médicos clínicos e pediatras correspondentes e n° de leitos de observação necessários. Esta forma de organização das unidades foi precursora do formato organização da atenção pré-hospitalar fixa, apresentada posteriormente como UPA.

Sublinha-se que na descrição das grades de referência dos atendimentos pré-hospitalares fixos e dos atendimentos hospitalares, foi definido que as unidades devem dispor de retaguarda superior a sua complexidade, com fluxos e transporte mediados pela Central de Regulação. Além disso, devem estar pactuados fluxos para auxílio na elucidação de diagnósticos que extrapolem a capacidade disponível nas unidades, bem como avaliação

especializada quando necessário. Destaca-se neste regulamento o reforço acerca da importância do redirecionamento para a Atenção Básica, onde:

“(…) dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.” (BRASIL, 2002, p. 20)

O regulamento aponta ainda que após a estruturação da rede assistencial dos municípios de acordo com suas características loco-regionais, os vazios assistenciais devem ser identificados para a implementação das salas de estabilização. Estas salas devem dispor minimamente dos mesmos materiais e medicamentos da Atenção Básica e “retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais frequentes” (BRASIL, 2002, p.7). Não há aprofundamento acerca de recursos humanos, financeiros e de estruturação física para as salas de estabilização.

Mas especificamente sobre a capacitação dos serviços, foi destacada no regulamento a escassez da especialidade emergencista para médicos e enfermeiros, a insuficiente abordagem sobre as urgências nas graduações da área da saúde e a grande oferta de cursos privados sobre emergência, porém sem a integração com a realidade organizacional do SUS. Partindo deste cenário, o documento justifica a necessidade da criação do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) para habilitação dos profissionais. Estes núcleos devem:

[...] se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual (BRASIL, 2002, p.52).

Dentre inúmeros objetivos descritos, o NEU deve certificar anualmente e garantir a recertificação a cada dois anos de todos os profissionais atuantes nas urgências em qualquer nível assistencial, relacionados diretamente ou não com a área da saúde. Foi estipulada uma grade de temas, com variação dos conteúdos, habilidades e carga horária conforme a categoria profissional, além de recomendações de atividades práticas. Diferenciou-se a grade de conteúdos em dois grandes grupos: grupo 1- profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e grupo 2 - profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo e hospitalar. Somente no grupo 1 estabeleceu-se a preocupação com a capacitação de

profissionais não oriundos da aérea da saúde como condutores de veículos e telefonistas. Já o grupo dois foi subdividido em (1) profissionais da atenção primária a saúde que também se subdividiu em 2 grupo (equipe de enfermagem e médicos) e outro grupo contendo (2) profissionais das unidades não-hospitalares e hospitalares de atendimento a às urgências, que se subdividia em 3 grupos (equipe de enfermagem, médicos clínicos e médicos pediatras).

Destaca-se que em todos os grupos foi determinada a capacitação contendo a apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde, permitindo conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas de entrada hospitalares e não hospitalares (BRASIL, 2002). Nas categorias profissionais ligadas a área da saúde o grande enfoque dos temas permeava o manejo em situações de urgências. Vale ressaltar que o acolhimento e triagem de risco (ainda não descrita como classificação de risco) foram direcionados o grupo dos profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo (unidades básica, PSF e unidade 24 horas), porém somente para a equipe de enfermagem. Este acolhimento e triagem não especificam de forma clara os critérios a serem utilizados, sendo descrito como “avaliar o risco de acordo com protocolos previamente estabelecidos” (BRASIL, 2002). Não houve direcionamento de temas para capacitação dos agentes comunitários, o que é considerado ponto negativo uma vez que estes profissionais correspondem, na maioria das vezes, o primeiro contato com os usuários nas unidades.

Atribui-se a triagem classificatória:

[...] deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico (BRASIL, 2002, p.18).

Um ano após a publicação do Regulamento Técnico do Sistema Estadual de Urgências e Emergências, já sob o Governo Federal de Luiz Inácio Lula da Silva e Humberto Costa no Ministério da Saúde, é publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Em seu texto engloba as PRT n° 1863 de 29 de setembro de 2003, a PRT n° 1864 da mesma data e a PRT n° 2.048/2002/GM/MS, já discutida anteriormente.

No início da PNAU, nota-se uma mudança na visão do cuidado, sendo associado à atenção às urgências os termos humanização (até então não utilizado em normativas de urgência) e a participação social (na Portaria n° 2048/2002/GM/MS houve apenas uma

menção ao controle social). Foi reforçado ainda que a atenção às urgências deve acontecer em todos os níveis do SUS, onde se faz necessário a organização da assistência no âmbito da Atenção Básica até os cuidados pós-hospitalares (anteriormente não abordado). Com relação aos componentes fundamentais para atenção integral às urgências foi incluído a atenção domiciliar, hospital-dia e projetos de reabilitação integral.

A **PRT n° 1863/2003/GM/MS** foi publicada para instituir a PNAU para ser implantada em todas as esferas federadas. Nesta portaria são descritos elementos novos em relação a PRT 2048/2002/GM/MS. Em 2011 a PRT 1863/2003/GM/MS é revogada pela PRT 1600/2011/GM/MS que será discutida nesta seção mais adiante.

Já a **Portaria 1864/2003/GM/MS** (revogada totalmente pela Portaria 2026/2011/GM/MS) institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio do SAMU em todo território brasileiro. O teor desta portaria está direcionado as questões de organização e financiamento, abordando de forma incipiente a relação com os demais componentes. Posteriormente esta portaria foi revogada parcialmente pela Portaria n° 1828/2004/GM/MS, que no ano de 2011 foi revogada totalmente pela Portaria n° 2026/2011/GM/MS, que subsequentemente foi totalmente revogada pela Portaria n° 1010/2012/GM/MS, que teve seu teor parcialmente revogado na PRC n° 3 na PRC n° 6. O conteúdo destas portarias, tratam especificamente do SAMU no que se refere a diretrizes, financiamento, capacitação e organização do serviço, não discutidos por não atenderem aos objetivos desta pesquisa.

Em 2004 é publicada a **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Com o objetivo de ser uma política transversal a toda rede do SUS, a PNH emerge da necessidade de preencher a lacuna das relações entre os profissionais e entre estes e os usuários. Buscando nestas relações a valorização da dimensão subjetiva e social, trazendo uma nova maneira de produzir a interação entre os sujeitos. Define como humanizar a forma de “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6). Diversas diretrizes foram definidas por nível de atenção, e no que se refere à Atenção Básica é destacado a necessidade de estabelecer formas de acolhimento, o fim das filas de espera, a hierarquização de riscos e acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004). Os atendimentos baseados em acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco também foram descritos como diretrizes para os serviços de urgências e emergência, além do comprometimento com a referência e contrarreferência dos usuários de acordo com suas necessidades. A questão da identificação dos riscos nos serviços de saúde já

havia sido citada em outras portarias anteriores a publicação da PNH. Porém, o diferencial é o contexto, no qual, na PNH há uma clara intenção do estabelecimento de critérios de risco com um olhar mais acolhedor ao usuário, extinguindo a lógica do atendimento por ordem de chegada e/ou a seleção do que será ou não atendido pelas unidades (triagem).

Em 2006 o Ministério da Saúde lançou a **PRT n° 648/2006/GM/MS**, a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS. Até o presente estudo, foram publicadas posteriormente a PNAB 2011 (**PRT n° 2488/2011/GM/MS**) e PNAB 2017 (**PRT 2436/2017/GM/MS**), com revogação total desta última pela Portaria de Consolidação n° 2 de 2017. Em todas as versões foi destacado o papel atribuído a Atenção Básica como “porta de entrada” primordial para os usuários, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção preferencial. Outro ponto em comum foi o reconhecimento da importância da integração das ações programáticas e de demanda espontânea nas unidades de ESF incluindo o primeiro atendimento às urgências médicas. A questão dos recursos humanos apresentou variação importante. Na PNAB de 2006 havia sido estabelecido que uma equipe multiprofissional seria responsável por 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000, e com jornada de trabalho de 40h semanais para todos os profissionais. Na versão de 2011 o quantitativo de habitantes por equipe se manteve o mesmo, porém o grau de vulnerabilidade passou a ser considerado como elemento importante para definição da população adscrita. Além disso, com relação à carga horária, a versão de 2011 apresentou alternativa à categoria médica, criando ainda a modalidade de equipe transitória. De acordo com Fontenelle (2012), a flexibilização da carga horária da categoria médica traria diversos entraves ao processo de trabalho das unidades de ESF. O primeiro ponto destacado pelo autor é que o médico com até 30 horas poderia estar inserido em mais de uma equipe, diminuindo assim seu vínculo com os usuários e com os demais membros da equipe, tendo em vista o pouco tempo disponível em cada unidade. O segundo ponto destacado por Fontenelle (2012) é o possível conflito entre as categorias profissionais em decorrência da flexibilização de horário somente da categoria médica. Sobre a criação das “equipes transitórias” não há definido prazo para manutenção do *status* “transitório”, conforme aponta Fontenelle (FONTENELLE, 2012). Já na versão de 2017 houve redução do quantitativo de habitantes por equipe, passando a ser definido de 2.000 a 3.500 retomando a carga horária de 40h para todas as categorias profissionais.

Acerca da composição mínima das equipes, há uma mudança expressiva entre as versões de 2006 e 2017. Em 2006 a equipe mínima deveria ser composta por enfermeiro,

médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). O quantitativo de ACS deveria ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita, com no máximo 750 habitantes, não devendo exceder 12 ACS por equipe. Na versão de 2017 apontou-se possibilidade de alterar a conformação das equipes, com autonomia para os gestores municipais de optarem por aderirem as chamadas Equipes de Saúde da Família (eSF) ou Equipes de Atenção Básica (eAB), levando em consideração as características e necessidade dos municípios. Sobre as eSF:

“Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.”(BRASIL, 2017b).

Sobre as eAB:

“As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.” (BRASIL, 2017b).

Observa-se mudanças notáveis que merecem ser sublinhadas. Primeiro ponto de destaque está na colocação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes de combate às endemias como optativos nos dois formatos de equipe. O segundo destaque está na exclusão dos ACS como essenciais na composição mínima da eAB, o que pode comprometer substancialmente a qualidade da Atenção Básica. O terceiro ponto de destaque refere-se a carga horária das equipes, onde nas eSF todos os profissionais devem cumprir 40h semanais e nas eAB a distribuição da carga horária também fica a critério do gestor, que deve garantir uma carga horária mínima por categoria profissional de 10 (dez) horas com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, somando no mínimo 40 horas/semanais. Esta flexibilização na composição das equipes apesar de justificada na portaria como “para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica” causa preocupação. Em um cenário de subfinanciamento e de escassez de recursos, mesmo reconhecendo que as eSF são o modelo prioritário, o custo de manutenção de uma eAB pode ser mais atrativo para os gestores com sérios impactos para a garantia de acesso de qualidade aos usuários

Outro destaque é a integração da Vigilância em Saúde no escopo das equipes da ESF com integração das atribuições dos ACS e dos Agentes de Endemias. Outra questão referente aos ACS foi a inclusão de atribuições que antes eram de responsabilidade da equipe de enfermagem (ex. aferição de pressão arterial, temperatura e realização de curativos).

Com relação ao processo de trabalho na AB, chama atenção o destaque dado nas versões de 2011 e 2017 ao chamado “processo de trabalho centrado no usuário” e maior ênfase ao acolhimento com a inclusão da classificação de risco e análise da vulnerabilidade. O Acolhimento na versão de 2017 é mais enfatizado, destacando que o mesmo deve ser realizado durante todo horário de funcionamento das unidades de ESF e para todos os usuários que procurarem o serviço, independente de serem ou não da área de abrangência. O monitoramento da satisfação dos usuários para todas as unidades de ESF também foi destacado na versão de 2017 da PNAB.

Além disso, surge a preocupação com a gestão da fila de espera, inclusão do prontuário eletrônico em rede e elaboração de protocolos sob a lógica de linhas de cuidado. O termo Rede de serviços descrito na versão de 2006 é substituído pela Rede de Atenção à Saúde em decorrência da publicação da Portaria 4279/2010/GM/MS (discutida mais adiante) sobre RAS, na qual destaca o papel fundamental da AB como centro de comunicação da RAS.

A partir da versão de 2011 da PNAB, foi incorporado a Atenção Básica outros componentes como consultório de rua, UBS fluviais, ESF para população ribeirinha, ESF para Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, Programa Saúde na Escola (PSE) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A Portaria de Consolidação nº 2 revogou totalmente a PNAB de 2017, porém não alterou o seu conteúdo, mantendo a referência a origem dos artigos que compunham a Portaria 2436/2017/GM/MS.

Em 2008 é publicado a **PRT nº 2922/2008/GM/MS** na qual se estabelece as “diretrizes para o fortalecimento do componente de organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências na Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2008, p1). Tal PRT foi revogada pela PRT nº 1020 de 2009, sendo revogada pela PRT nº 1601 de julho 2011 na qual após 4 meses de publicação foi revogada pela PRT nº 2648, que

subsequentemente também foi revogada pela PRT n° 342 de Março de 2013, revogada pela PRT 10 de 2017, que por fim foi parcialmente revogada pelas PRC n° 3 e n° 6 do mesmo ano.

Tratando primeiramente da **PRT n° 2922 de 2008**, destaca-se que esta foi a primeira normativa publicada após a inauguração da primeira UPA 24h (UPA). Nesta portaria são descritos mecanismos para implantação/adequação da UPA e das Salas de Estabilização (SE), através de apoio e fortalecimento das Redes de Atenção Integral às Urgências em conformidade com as diretrizes da PNAU. No seu artigo 2° define a UPA:

Art. 2° As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar e com estas devem compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para a rede de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2008).

Acerca do componente Sala de estabilização define:

Art. 3° As Salas de Estabilização devem localizar-se em unidades/serviços da rede de atenção que ocupam posição estratégica em relação à rede de suporte ao SAMU e/ou à Cadeia de Manutenção da Vida e destinam-se a configurar pontos de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves nas localidades onde o SAMU tem caráter regional, em locais/Municípios com grande extensão territorial de característica rural ou Municípios com isolamento geográfico de comunidades (BRASIL,2008)

Além das definições, esta portaria estabelece os parâmetros dos componentes baseados no número da população da região, capacidade de atendimento em 24h, quantitativo mínimo de médicos necessário por plantão e n° de leitos para observação. Com relação a SE esta deve atender municípios de até 50.000 habitantes, com minimamente 1 médico e até 5 leitos de observação. Com relação às UPA foram estabelecidos critérios de classificação por Porte (I a III), variando os parâmetros de população da região de 50.000 a 300.000, capacidade de atendimento de 50 a 450 em 24h, número de médicos de 2 a 6 por plantão e de 5 a 20 leitos de observação. Baseado nos parâmetros determina os recursos para construção e o financiamento para manutenção e despesas de custeio.

Sobre os requisitos mínimos entre eles destacamos que a região de implantação deve ter cobertura do SAMU, definição dos fluxos de referência e contrarreferência com a AB, grade de referência para suporte hospitalar, acolhimento com classificação de risco e termo de compromisso de ampliação da AB para no mínimo 50% em até 2 anos.

A **PRT n° 1020/GM/MS** de 2009 não estabeleceu mudanças nas diretrizes em relação a portaria que revogou (PRT n° 2922 de 2008), mas incluiu nas competências da UPA a realização de consultas médicas em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade. Porém apresenta um maior detalhamento acerca da UPA no que se refere à área física, mobiliário, materiais e equipamentos mínimos.

Em dezembro de 2010 é publicada a **PRT 4279/2010/GM/MS**, importante normativa que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Esta portaria foi revogada pela PRC n° 3 que não alterou seu conteúdo. No anexo desta portaria encontram-se as diretrizes para a organização da RAS, subdivididas em justificativa (por que organizar a RAS), conceitos, fundamentos, atributos, ferramentas de micro gestão, os elementos constitutivos e estratégias para implementação. Nesta PRT as RAS são definidas e caracterizadas como:

“(...) arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, anexo, item 2).

“Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária a saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2010, anexo, item 2).

Na RAS a Atenção Básica é definida como o centro de comunicação da rede, tendo papel fundamental como coordenadora do cuidado. A portaria destaca que a Atenção Básica (descrita como APS na portaria) como coordenadora do cuidado⁷ se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica do SUS. E para fortalecer a atenção básica para o alcance do atributo de coordenação do cuidado a portaria aponta algumas estratégias, dentre elas destacamos: ampliação do financiamento da atenção básica; valorização dos profissionais, organização da porta de entrada incluindo o acolhimento e humanização do atendimento; ampliar o escopo de atuação da atenção básica e apoio matricial; e indução da organização das linhas de cuidado.

No ano de 2011 é publicado o **Decreto n° 7508 de 28 de junho de 2011** que regulamenta a Lei n° 8080 (19/09/1990) que dispõe sobre a organização do SUS. Os pontos

⁷ A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2010, anexo, item 6).

relevantes para este estudo referem-se a definição das portas de entrada da RAS. Fica determinado no artigo 9º que componentes compreendidos como portas de entrada são os serviços de: atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto⁸.

Em julho do mesmo ano é publicada a **PRT n° 1600/2011/GM/MS** (que revogou a PRT n° 1863/2003 discutida anteriormente), que representou alteração significativa no modo de compreender e organizar a atenção às urgências. Nesta portaria foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. No seu artigo 2º apresenta as diversas diretrizes da RAU, surgindo o termo classificação de risco como elemento a ser contemplando por todos os pontos de atenção, até então presentes em alguns documentos normativos como triagem de risco. Porém, não há a menção de um modelo específico de classificação de risco para ser norteador. Outro destaque é a inclusão de um modelo de atenção mais abrangente, com a valorização multiprofissional nas práticas clínicas e organização das redes de acordo com as necessidades da população, seus riscos e vulnerabilidades específicas.

No artigo 3º apresenta a organização da RAU definindo o acolhimento com classificação de risco como base dos processos e fluxos assistenciais de toda RAU e aponta as linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular cerebrovascular e traumática).

No artigo 4º definiu os componentes das RAU, tendo como novos elementos a junção da Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Força Nacional de Saúde do SUS; a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h descrita nas normativas anteriores como componente pré-hospitalar fixo 24h); e a Atenção Domiciliar (já citada pela PRT n° 1863/2003, porém surge de forma mais destacada na RAU). No que tange ao componente definido como Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde o documento descreve seus objetivos:

“(…) tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes de trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde” (BRASIL, 2011b, p.3).

A Força Nacional de Saúde como componente da atenção às urgências “objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou regiões de difícil acesso”

⁸ Serviços especiais de acesso aberto: serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011a).

(BRASIL, 2011b, p.3). Com relação a UPA 24h, definiu-se este equipamento, como “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (BRASIL, 2011b, p.2). No que se refere ao componente Atenção Domiciliar: “conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se uma nova modalidade de atenção à saúde” (BRASIL, 2011b, p.3). Os demais componentes (SAMU, Atenção Básica, Sala de Estabilização e Hospitais) também foram citados na Portaria 1600/2011, porém não apresentaram aspectos diferentes do das discussões presentes nas normativas anteriores. A PRC n° 3 revoga a Portaria n° 1600/2011/GM/MS, porém os artigos foram mantidos.

É importante salientar a diferença do papel da Atenção Básica na RAS e na RUE. A diferença é que na RAS de condições crônicas a Atenção Básica funciona como centro de comunicação, mas na RUE ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede, porém exercendo papel fundamental de porta de entrada (BRASIL, 2010, anexo, item 3). Nesta PRT 1600/2011 são descritos os componentes da RUE, porém sem destaque de qual deles desempenhará o papel de coordenação do cuidado.

No mesmo mês também é lançada a **PRT n° 1601/2011/GM/MS** (revogando a PRT n°1020/GM/MS) que trata exclusivamente do componente UPA. As definições do componente e suas competências não foram alteradas. Com relação ao financiamento diferenciou os repasses para UPA nova⁹, UPA ampliada¹⁰ e UPA reformada¹¹. Com relação aos requisitos mínimos para a implantação da UPA nota-se a alteração no critério de cobertura mínima de 50% de AB e não mais o termo de compromisso de expansão em 2 anos definidos na PRT n° 1020/GM/MS de 2009. Outro ponto de destaque é o incentivo financeiro diferenciado para as UPA qualificadas. Para obter a qualificação é necessário atender a vários requisitos: comprovação de desenvolvimento e atividades de educação permanente; indicadores de desempenho anuais; e comprovação de cobertura de AB que não deverá ser menor que o informado na data de habilitação da unidade, entre outros.

⁹ UPA nova: aquela que receberá incentivo financeiro para construção, mobiliário, materiais e equipamentos.

¹⁰ UPA ampliada: aquela que receberá incentivo financeiro para acréscimo de área a uma edificação já existente.

¹¹ UPA reformada: aquela que receberá incentivo financeiro para alteração em ambiente já existente sem acréscimo de área (BRASIL, 2011c, artigo 4° incisos I, II e III).

A **PRT n° 2648 de novembro de 2011** redefine as diretrizes para implantação da UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24h da RAU (revogando a PRT n° 1601/GM/MS de 2011). Não apresenta a descrição de financiamentos, apontando que os pedidos de habitação já solicitados serão analisados conforme a portaria vigente no período de solicitação sem prejuízos financeiros. No artigo 10° descreve que “os incentivos financeiros de investimento e de custeio para UPA 24h serão objeto de normatização específica do Ministério da Saúde”, o que vai ser novamente detalhado na portaria a seguir. Outro destaque é para a inclusão das “situações excepcionais” nas quais aponta que de acordo com os critérios da Coordenação Geral de Urgência e Emergência a UPA poderá incluir outro perfil de especialidades médicas de acordo com a necessidade de assistência local. Foram mantidos as definições de UPA e seus respectivos portes aplicáveis e suas atribuições.

No mesmo mês é publicada a **PRT n° 2820/2011/GM/MS** que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o componente UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h da RAU. Nesta portaria o financiamento para a UPA reformada não é apresentado, descrevendo apenas os incentivos para UPA nova e UPA ampliada. Com relação a UPA ampliada esta portaria descreve os estabelecimentos aptos (policlínica, pronto atendimento, pronto socorro especializado, pronto socorro geral e unidades mistas). Foram mantidos as definições de UPA e os critérios de repasse de recursos de acordo com a modalidade da UPA.

A **PRT n° 1171/2012/GM/MS** (revoga a PRT 2820/2011/GM/MS) dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação da UPA, sendo mantidos os valores definidos nas portarias anteriores, sendo revisadas apenas algumas documentações exigidas para construção.

Em Março de 2013 é lançada a **PRT n° 342/2013/GM/MS** (alterada pela PRT n° 104/2014/GM/MS e posteriormente revogada pela PRT n° 10 de 2017) que revogou a portaria discutida acima. Nesta portaria são mantidas as definições, competências e atribuições da UPA. Retorna com a descrição detalhada sobre os recursos financeiros de construção e custeio. Nota-se discreto aumento nos incentivos de investimento para as UPA novas e a diferenciação dos incentivos para UPA ampliada por porte, em contrapartida ao valor único descrito em portarias anteriores. Além disso, mantém os incentivos para a qualificação da UPA e seus os critérios para aquisição. Com relação a definição dos parâmetros dos portes aplicáveis a UPA nota-se alteração no número mínimo de médicos, diferenciando em médicos

diurnos (7h as 19h) e noturnos (19h as 7h): Porte 1 deve ter no mínimo 2 médicos por turno, Porte II deve éter 4 médicos diurnos e 2 médicos noturno e Porte III deve ter 6 médicos diurnos e 3 noturnos.

A **PRT nº 104/2014/GM/MS** alterou alguns artigos da PRT 342/2013/GM/MS modificando a forma de escrita, referência de anexos e outros documentos relacionados e determinação de alguns prazos de construção. Desta forma não houve alterações que modificassem o teor dos itens relevantes para este estudo.

Em janeiro de 2017 é publicada a **PRT 10/2017/GM/MS** (revoga a PRT 342/GM/MS e PRT 104/2014/GM/MS) que anuncia em seu título a redefinição das diretrizes do modelo assistencial da UPA e seus financiamentos. De forma inédita em uma portaria específica sobre UPA, traz a definição de classificação de risco, acolhimento e segurança do paciente:

V - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes (BRASIL, 2017a, artigo 2º inciso V).

VI - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2017a, artigo 2º inciso V).

VII - Segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (BRASIL, 2017a, artigo 2º inciso V).

Nota-se que no que se refere à classificação de risco não há uma determinação de modelo a seguir, deixando a critério do gestor implementar um modelo com base em evidências científicas existentes. Sobre a segurança do paciente o termo só é utilizado nesta definição inicial, não sendo mencionada posteriormente na portaria. As demais definições sobre UPA, suas competências e atribuições foram mantidas.

Outro destaque é o Capítulo III da portaria que se intitula o “modelo de organização assistencial”, porém cita apenas algumas competências do gestor da UPA, merecendo destaque o acolhimento com classificação de risco, a inclusão de adoção de protocolos clínicos de atendimentos e a garantia da continuidade do cuidado por meio de referência e contrarreferência articulando com a RAS. Outra modificação foi em relação aos parâmetros

de leitos por Porte, onde foi acrescentada a distinção em leitos de observação e leitos de urgência, variando de 7 a 15 leitos de observação e 2 a 4 leitos de urgência.

Com relação ao financiamento, apresentou como critério de custeio mensal opções de 1 a 9, que variam de acordo com o quantitativo de médicos na unidade (variando de 2 a 9 médicos). Quanto maior o quantitativo de médicos maior o valor de repasse. Por fim, esta portaria determinou critérios de monitoramento categorizados de 1 a 9 com suas respectivas metas estabelecidas de acordo com: número de médicos nas 24h, número de atendimentos médicos em 24h e o número de atendimentos de classificação de risco em 24h. As metas são aumentadas proporcionalmente a cada categoria, sendo calculado valor de 1125 atendimentos médicos/mês por médico em 24h, sendo o mesmo valor referente à classificação de risco.

Esta portaria ainda está vigente, apesar de ter sido parcialmente revogada pela PRC n° 3/2017 e PRC n° 6/2017, não sendo alterado o teor dos artigos, apenas desmembrados nas duas portarias de consolidação citadas.

Nesta seção buscou-se analisar se nas portarias havia a definição do conceito de urgência, se estava claro qual o papel da atenção básica e da UPA, se havia definições da forma de organização das unidades e dos mecanismos de organização do cuidado, além da integração entre a UPA e a ESF. De forma geral não foi definido em nenhuma portaria analisada qual o conceito de urgência. Sobre o papel da UPA e da ESF, as portarias apontaram que estas unidades compõem uma das portas de entrada do SUS cabendo assim o atendimento de usuários em quadros agudos e/ou crônicos agudizados. Porém a AB foi destacada como primeiro contato preferencial dos usuários. Não observamos nas normativas como os profissionais podem se ancorar para decidirem qual a capacidade de resolutividade da sua unidade diante a uma demanda. Os limites principalmente entre ESF e UPA são pouco claros e na ausência de uma linguagem padronizada de avaliação de risco é ainda mais difícil. Pela ausência de padronização pelo Ministério da Saúde cada unidade escolhe sua forma de avaliar (ou nem avalia) os riscos, o que causa muita diversidade. As definições de organização das unidades ficaram claras nas portarias específicas de cada equipamento, porém nos pareceu incipiente a forma como a integração entre estes serviços deve ocorrer. Além disso, a proposta de organização das RAS em redes temáticas precisa ser mais aprofundada, pois pontos positivos aparentemente estão claros, porém é necessário discutir se elas são de fato mais efetivas ou se intensificam a fragmentação do cuidado no SUS.

3- ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: o caso do município do rio de janeiro

Antes da criação do SUS, o município do Rio de Janeiro já possuía um arcabouço assistencial constituído por unidades básicas e hospitais de grande porte, como Hospital Souza Aguiar, Hospital Miguel Couto, Hospital Salgado Filho, entre outros. As situações de urgências, em qualquer nível, eram direcionadas a estes hospitais, referências para o pronto atender. Hospitais militares, universitários e os destinados ao atendimento dos beneficiários das categorias profissionais específicas dos Institutos de Aposentadoria e Pensão também coexistiam no município (LIMA, 2014).

A Atenção Básica focava suas ações em programas específicos como DST, tuberculose, hipertensão e hanseníase. Os serviços de Atenção Básica eram oferecidos pelos Centros Municipais de Saúde (CMS), Postos de Saúde (PS), Unidades Auxiliares de Cuidados Primários (UACPS) e os Postos de Atendimento Médico (PAM). Estas unidades estavam distribuídas de forma desigual pela cidade e havia baixa capacidade de resolução dos problemas de saúde (LIMA, 2014).

Após a constituição do SUS o cenário da saúde se manteve similar e a atenção às urgências só entrou na agenda do governo em 1998, quando teve seu processo de regulamentação iniciado. Em meados dos anos 2000 já havia sido implementada a Saúde da Família, porém o município do Rio de Janeiro foi resistente ao novo modelo de atenção com adesão incipiente ao programa naquela época (SOARES, 2017).

No município do Rio de Janeiro a atenção às urgências apresentou especificidades, sendo diretamente influenciada pelas relações federativas. Um dos principais desafios enfrentados foi a integração de serviços sob gestão de diferentes esferas de governo. O período de 2001 a 2004, foi marcado por conflitos políticos na área da saúde entre a gestão municipal do Rio de Janeiro (prefeito César Maia) e o governo federal (presidente Lula). As causas destes conflitos perpassavam a baixa adesão do município à Estratégia Saúde da Família e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mesmo em vigência dos fortes incentivos federais (LIMA; et. al.,2015). A desvalorização da saúde pela prefeitura culminou em uma “crise da saúde” em 2005, instituída pela sobrecarga das emergências e precariedade do atendimento dos demais equipamentos de saúde municipais (CONASS, 2015). Sob a alegação de estado de calamidade pública no setor hospitalar, o governo federal requisitou bens, serviços e servidores relativos a seis hospitais: quatro unidades federais que haviam sido municipalizadas em 1999 e dois grandes hospitais municipais de emergência

(LIMA; et. al., 2015). Após julgamento do Supremo Tribunal Federal os hospitais federais, que haviam sido municipalizados, retornaram a gestão do Ministério da Saúde e os hospitais originalmente municipais se mantiveram sob a gestão da prefeitura (LIMA; et. al., 2015).

Diante de um contexto de crise política no âmbito nacional, o governo federal deu início a uma série de negociações visando recompor sua base de apoio, dentre elas a substituição do Ministro da Saúde Humberto Costa do PT pelo Saraiva Felipe do PMDB. Esta manobra teve como objetivo a aproximação entre os partidos que propiciou uma coalização político-partidária (LIMA; et. al., 2015).

Em 2007 Sérgio Cabral (PMDB) assume o governo do estado do Rio de Janeiro, em situação de alinhamento político com Governo Federal (PT) e de forte oposição ao governo municipal de Cesar Maia (vinculado à época ao Partido da Frente Liberal – PFL). Em cinco meses de mandato (maio de 2017) o governo do estado inaugurou a primeira UPA do Estado do Rio de Janeiro na Maré, bairro situado na periferia do município do Rio, com um dos piores IDH da cidade e conhecido pela violência local (LIMA; et. al., 2015).

O processo de implantação das UPA foi se expandindo de modo significativo até dezembro de 2012, quando existiam 61 UPA em funcionamento no estado, sendo 50% localizadas na capital. As razões pelas quais o governo do estado acelerou a expansão das UPA estão relacionadas ao interesse em atender as promessas eleitorais que incluíam: a criação das unidades não-hospitalares fixas de atendimento 24h (já previstas na PNAU); a baixa governabilidade do estado na melhoria da atenção às urgências na Atenção Básica (descentralizada para os municípios) e dos hospitais (em sua maioria geridas por outras esferas de governo ou por instituições privadas); facilidade técnica para implantação (estruturas modulares de contêineres); e a visibilidade política dessa estratégia após período de “crise da saúde” (CONASS, 2015). Sublinha-se que antes da implantação das UPA no RJ, já existia um conjunto de diretrizes federais que citavam o componente pré-hospitalar fixo 24h, porém a marca “UPA” só aparece na normatização federal quase dois anos após a abertura da primeira unidade no município (LIMA; et. al., 2015).

Entretanto, as disputas políticas dificultaram, naquele momento, a formulação de uma política de atenção às urgências integrada, em decorrência dos níveis e tipos de serviços geridos pelas diferentes esferas de governo (LIMA; et. al., 2015). Com a posse do prefeito Eduardo Paes 2009 (também do PMDB) a coalizão entre governo federal e estadual ampliou-se para o âmbito municipal do Rio de Janeiro. Em um contexto político favorável as parcerias

entre as três esferas do governo resultaram em diversas iniciativas na área da saúde, como a expansão dos serviços de Atenção Básica, investimento e a qualificação das emergências hospitalares e a continuidade da expansão das UPAs (CONASS, 2015).

Em linhas gerais, o mandato de Eduardo Paes na saúde foi marcado, pela expansão da Atenção Básica por meio das ‘Clínicas da Família’ geridas por Organizações Sociais (OS) com foco na expansão dos atendimentos de urgências nestas unidades com a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades; criação de incentivos financeiros na Atenção Básica e a partir de 2010 a inauguração das UPA municipais, também geridas por OS e estruturalmente nos mesmos moldes das estaduais. (LIMA; et. al., 2015).

A expansão da Atenção Básica tornou necessário o aumento de mão de obra qualificada para atuar nestes serviços, sendo criada a residência de medicina de família e comunidade como programa de formação da própria Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Além disso, criou-se a “carteira de serviços” para nortear e padronizar as ações e procedimentos a serem oferecidos em qualquer unidade básica do município (SOARES, 2017).

Com a manutenção da coalizão política entre os governos federal, estadual e municipal, nos anos de 2011 e 2012, houve reforço metropolitano e estímulos para conformação da rede de atenção às urgências, no contexto de regulamentação nacional específica. Neste período também houve maior protagonismo da prefeitura na condução da política na capital, sendo inaugurados quatro Centros de Emergência Regionais (CER) no município do Rio. O CER são unidades de atendimento às urgências similares às UPA, acopladas a grandes hospitais de emergência criadas com a justificativa de ‘desafogar a emergência’ e oferecer atenção às urgências de complexidade intermediária de forma qualificada. Por serem acoplados as unidades hospitalares os CER possibilitam que os atendimentos tenham suporte de apoio diagnóstico e terapêutico além de contar com as especialidades do hospital (LIMA; et. al., 2015).

Um estudo realizado nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro apontou que situação deste nível de atenção não era favorável no que se refere ao atendimento das urgências. A superlotação fazia parte do cotidiano dos serviços e atribuído principalmente a insuficiência de resolutividade da Atenção Básica. Com as emergências lotadas, com déficit de recursos humanos, insumos materiais, dificuldade para realização de exames complexos e com falta de leitos para internação somente os casos mais graves conseguiam ser atendidos de forma satisfatória, comprometendo assim o acesso dos usuários de baixo risco (O’DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Entretanto, ressalta-se que o ritmo acelerado de implantação das UPA não ocorreu associado às iniciativas de melhoria dos demais componentes de atenção às urgências pelas razões políticas discutidas anteriormente, o que resultou no enfoque tardio da rede de atenção às urgências no processo de implantação da política. A fragmentação e a desarticulação institucional (intra e intergovernamental), assim como as disputas entre os governos, comprometeram a integração dos diversos componentes da atenção às urgências no estado (LIMA; et. al., 2015). As experiências das UPA no município do Rio de Janeiro apesar de aliviarem a sobrecarga das emergências hospitalares parecem ter maior impacto no acolhimento a uma demanda reprimida, oriunda da insuficiência da Atenção Básica e da atenção ambulatorial especializada (KONDER; O'DWYER, 2016).

Nos últimos três anos diversos fatores têm colocado a atenção à saúde no âmbito do SUS em risco: a agenda neoliberal do atual contexto político nas três esferas de governo; alterações firmadas pela PNAB 2017 contidas na PRC n° 6; e com a Emenda Constitucional n°95/2016 (que limita os gastos federais pelos próximos 20 anos). Estes elementos tendem a intensificar o já escasso financiamento da saúde com conseqüente desvalorização das ações no âmbito do SUS, em especial em relação à Atenção Básica. Reflexos do retrocesso que está posto já são percebidos no município do Rio de Janeiro com a reestruturação de inúmeras UPA para atendimento somente pediátrico e a redução de várias equipes de ESF.

CAPÍTULO II

ATENÇÃO AS URGÊNCIAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: uma revisão da literatura

No capítulo anterior foram discutidas as normativas que regulamentam a atenção às urgências no Brasil. Porém, a regulamentação não corresponde necessariamente ao cotidiano das práticas realizadas nos serviços de saúde. Na Política de Atenção as Urgências, os diversos componentes da RUE são fundamentais, com destaque especial a ESF, que apesar de não coordenar o cuidado nesta rede possui papel fundamental como um dos pontos de atenção sendo a porta de entrada preferencial dos usuários. A instituição de uma rede de atenção exige estrutura organizacional, mas também exige modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais (O'DWYER; et. al., 2008). Sendo a relação entre usuários e profissionais o que de fato traduz o cotidiano real dos serviços. Partindo desta reflexão, analisar como os diferentes serviços abordam a questão das urgências é fundamental para compreender o cotidiano dos usuários de demanda espontânea, permitindo identificar os limites e possibilidade da atenção às urgências.

Em virtude da extensão territorial nacional e suas diversidades, este capítulo buscou através revisão bibliográfica, identificar como a questão da atenção às urgências tem sido abordada em outros estudos, permitindo serem comparadas com os achados encontrados na pesquisa de campo deste estudo.

Para o levantamento bibliográfico foi realizada uma pesquisa preliminar nos portais de bases de dados: Periódicos Capes, Portal Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Portal Biblioteca Virtual de Saúde Pública e Portal Biblioteca Virtual de Saúde Atenção Primária de Saúde (BVS APS). A estratégia de busca se deu em duas fases, ambas através da utilização de palavras-chave combinadas com os operadores lógicos booleanos. As buscas foram feitas no mesmo dia (01 de Novembro de 2017), e na mesma máquina com IP reconhecido pelo Servidor FIOCRUZ o que não restringiu nenhum acesso. A primeira fase de busca teve o objetivo de encontrar publicações que abordassem as urgências de baixo risco em UPA, sendo utilizado como chave de busca: ("unidade de pronto atendimento" OR "UPA") AND ("classificação de risco"). Esta primeira fase resultou em 164 referências. Já a segunda fase de busca teve o objetivo de encontrar publicações que abordassem as urgências/demanda espontânea na Atenção Básica, sendo utilizado como chave de busca: atenção primária AND urgência AND demanda espontânea. Esta segunda fase resultou em 148 referências.

Os resultados obtidos (quadro 1) foram transportados para um gerenciador de referências livre (Zotero 4.0), para exclusão de publicações duplicadas, leitura e fichamento. Foram incluídos no estudo apenas as publicações na íntegra contendo as unidades de ESF e/ou UPAs como cenários de pesquisa. Foram excluídas as publicações de anais de congressos, protocolos institucionais, informativos, multimídias, manuais, projetos de intervenção, teses e dissertações com publicações de artigos já disponíveis, publicações não disponíveis na íntegra e artigos com classificação qualis¹² C na área de saúde coletiva. Após a primeira leitura do título e resumo das publicações e com a aplicação dos critérios de exclusão mencionados acima, o *corpus* de análise resultou em 31 artigos, 4 dissertações de Mestrado e 1 Tese de Doutorado.

Quadro 1. Síntese dos resultados obtidos na pesquisa bibliográfica:

Fonte de dados	Chave de busca	Resultado	Total após critérios de exclusão
Periódicos CAPES	("unidade de pronto atendimento" OR "UPA") AND ("classificação de risco")	91	36
BVS		25	
BVS SP		26	
BVS APS		22	
Periódicos CAPES	Atenção primária AND urgência AND demanda espontânea	84	
BVS		25	
BVS SP		27	
BVS APS		12	

Fonte: Elaboração da pesquisa

As referências selecionadas foram analisadas com auxílio de um instrumento próprio

¹² Qualis: é um sistema usado para classificar a produção científica a partir da análise indireta da qualidade dos periódicos. A classificação é realizada pelas áreas de avaliação onde os periódicos são enquadrados em: A1, mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C – peso zero.

Fonte: < <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira> >

elaborado pela pesquisa e apresentado no anexo I, no qual consta os seguintes dados referentes as publicações: título; autor(s); veículo de publicação; eixo temático do periódico e sua respectiva classificação qualis; características metodológicas do estudo; local de desenvolvimento da pesquisa; cenário do estudo; objetivos e síntese dos resultados. Após a extração dos dados foi elaborado um quadro-síntese apresentado anexo II.

As publicações selecionadas possuem menos de 10 anos de publicação, variando entre 2010 a 2017. Com relação ao cenário dos estudos 18 foram em unidade de ESF, 15 em UPA e 2 relacionavam-se aos dois tipos de serviço. Sobre o local de origem em 2 publicações a localização não se aplicava (revisão integrativa) e 1 era um estudo multicase, 21 publicações da Região Sudeste (com maior concentração das publicações em Minas Gerais), 7 da Região Sul e 5 da Região Nordeste. Sobre a classificação qualis dos artigos, a maioria correspondia a periódicos B1 (n. 11), seguidos por B4 (n. 9), B2 e B3 (4 cada), B5 e A2 (1 cada). Sobre o eixo temático a Enfermagem e Saúde Pública tiveram maior representatividade (15 cada), seguida de Medicina (n. 3) e Odontologia (n. 1). No que se refere ao paradigma metodológico a grande maioria das publicações eram qualitativas (n. 24) seguidas de pesquisas quantitativas (n. 9), avaliativa e quali/quantitativa (1 cada).

A revisão bibliográfica permitiu identificar diversos elementos que se relacionam com a organização do processo de trabalho das unidades e que influenciam na capacidade de absorção das urgências. Neste capítulo serão apresentados os elementos de destaque organizados de acordo com o tipo de serviço: atenção às urgências no cotidiano das unidades de ESF e atenção às urgências no cotidiano da UPA. Com relação às UPA serão destacados: acolhimento com classificação de risco, principais motivos de procura na UPA e integração com a rede assistencial. No capítulo de Resultados e Discussão algumas publicações foram utilizadas para comparação com os dados obtidos na pesquisa de campo propondo discussão sobre os achados, com ênfase na organização do processo de trabalho.

1. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO COTIDIANO DAS UNIDADES DE ESF

Nesta seção serão apresentados os principais elementos destacados na revisão bibliográfica: acesso e acolhimento nas unidades; principais motivos de procura da demanda espontânea; relação entre demanda espontânea e demanda programada; e integração com a rede assistencial.

Conforme destacado no capítulo anterior, na RAS a Atenção Básica possui papel de coordenadora do cuidado e na RUE constitui um dos pontos essenciais desempenhando o papel de porta de entrada preferencial dos usuários, porém sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos desta rede.

Seguindo este raciocínio, se a ESF pretende ser a principal porta de entrada é primordial facilitar acesso e integrar cuidados (NORMAN; TESSER; 2015). Porém, conforme apresentado no texto introdutório desta pesquisa, os serviços de urgência ainda se configuram como forma de acesso regular no SUS. Corroborando com afirmativa, diversos estudos têm apontado que a grande parcela de profissionais e usuário ainda não reconhecem a Atenção Básica como a porta de entrada preferencial (GOMIDE; et. al., 2017; LIMA; ASSIS, 2010; SISSON, et. al., 2011; OLIVEIRA, et. al., 2012).

Starfield discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. Em linhas gerais, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (STARFIELD, 2002.). Nesta pesquisa o termo acesso é apresentado em uma perspectiva ampla, ora mais direcionado ao sentido de acesso propriamente dito, ora contendo elementos de acessibilidade, tornando assim a idéia de acesso/acessibilidade como sinônimos. A escolha desta forma de abordagem se dá em cumprimento os objetivos da pesquisa que não se propõe a uma ampla discussão conceitual sobre acesso/acessibilidade, buscando apenas identificar os elementos relacionados a estes conceitos que influenciam no processo de trabalho nos serviços de saúde estudados.

Desta forma, o acesso pode ser relacionado às diversas possibilidades dos usuários adentrarem aos serviços de saúde, como a localização da unidade de saúde, horários e os dias em que a unidade atendem, possibilidade de atendimento a consultas não agendadas (demanda espontânea) e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos (se são adequados

ou não) (ASSIS; JESUS, 2012).

Alguns fatores podem se constituir como facilitadores para o acesso como: proximidade da unidade de saúde com a residência dos usuários (AZEVEDO; COSTA, 2010; OLIVEIRA; et. al., 2012); recepção no acolhimento por profissionais de nível superior (OLIVEIRA; et. al., 2012); a postura acolhedora e atenciosa dos profissionais (AZEVEDO; COSTA, 2010; SISSON; et a. 2011; HERMIDA; et. al., 2016); e agenda para atendimento de demanda espontânea nas unidades (GOMES, 2013; SOARES, 2017). Além disso, um estudo destacou o papel fundamental dos ACS como elo entre os usuários e a ESF (OLIVEIRA; et. al., 2012).

A sobrecarga de trabalho na ESF foi atribuída as equipes incompletas (BREHMER; VERDI, 2010; FARIA; CAMPOS, 2012) e ao excesso de população adscrita (AZEVEDO; COSTA, 2010; COSTA; et. al., 2013). Equipes sobrecarregadas podem ter o acesso comprometido, o que favorece o deslocamento dos usuários para as unidades de pronto atendimento conforme apontado pelos estudos (AZEVEDO; COSTA, 2010; HERMIDA; et. al., 2016).

Além disso outras barreiras foram citadas: horário de funcionamento tradicional prejudicando alguns trabalhadores (FRANCO; et. al, 2012; OLIVEIRA, et. al., 2012); a burocratização no acesso com filas de espera por ordem de chegada (FARIA; CAMPOS, 2012; LIMA; ASSIS, 2010; SISSON; et. al., 2011); e demora para agendamento da consulta programada (AZEVEDO; COSTA, 2010; OLIVEIRA; et. al., 2012; SISSON; et. al., 2011). Outros estudos apontaram limitações técnicas para o “acolher”, tais como: ausência de sala específica para garantir privacidade e sigilo do usuário; a inexistência de protocolos para acolhimento, incipiente capacitação dos profissionais para essa atividade (ALVES; et. al., 2014; AZEVEDO; COSTA, 2010; BREHMER; VERDI, 2010).

Identificar as questões que podem dificultar o acesso dos usuários nos serviços é fundamental, pois quando o usuário enfrenta dificuldade de acesso na ESF, há uma tendência de migração para os serviços de pronto atendimento como fonte de cuidado regular (SISSON; et. al., 2011). Além disso, um estudo apontou que a dificuldade de acesso dos usuários os direciona a buscar os serviços privados e conveniados (SANTOS; PENNA, 2013)

Sobre o a acolhimento, trata-se de uma ferramenta facilitadora para garantir que a ESF se constitua como porta de entrada, que tenha integração com os demais níveis assistenciais e favorece coordenação do fluxo de atenção (SOUZA; et. al., 2008). Em uma visão mais ampla, trata-se uma postura ética e de cuidado, que busca a melhoria das relações dos serviços de

saúde com os usuários. Concretiza-se no encontro não programado (demanda espontânea) do usuário com os profissionais de saúde, onde através da escuta sensível permite avaliar os riscos e vulnerabilidades para identificação das prioridades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza o acolhimento como a estratégia para o reconhecimento das reais necessidades de saúde dos usuários através de uma escuta qualificada, objetivando estabelecer uma confiança para sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Desta forma é possível garantir o acesso oportuno às tecnologias adequadas as necessidades individuais e coletivas pautados na avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2003).

Conforme recomendado pela PNH e demais normativas do Ministério da Saúde, é fundamental a que seja realizado no acolhimento a avaliação do usuário quanto aos riscos e vulnerabilidades. Apesar de ser reconhecido como uma estratégia importante, diversos estudos apontaram que não utilizam nenhum protocolo para avaliação no acolhimento (AZEVEDO; COSTA, 2010, FARIA; CAMPOS, 2012; HERMIDA; et. al., 2016; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017; SOARES, 2017). Em alguns artigos foi identificado um olhar mais focado nas queixas biológicas (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016; FARIA; CAMPOS, 2012) porém outros demonstram a preocupação com questões subjetivas que envolvem os indivíduos (SANTOS; PENNA, 2013).

Conforme descrito na PNH e na PNAB, o acolhimento é uma atribuição de todos da equipe. Porém os estudos apontaram que em algumas unidade é realizado pelo auxiliar de enfermagem (GARUZI; et. al., 2014); no outro o enfermeiro (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016); outros citaram a realização por um profissional da enfermagem sem especificar a categoria (GOMIDE; et. al., 2017; GOMES, 2013); e por fim foi identificado o acolhimento realizado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem ou ACS (FARIA; CAMPOS, 2012). Em nenhum estudo selecionado foi evidenciado a participação de médicos ou dentistas no acolhimento.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, diversas organizações de acolhimentos são possíveis: (1) acolhimento pela equipe de referência do usuário (onde os usuários são acolhidos por um profissional da equipe a qual estão vinculados); (2) equipe de acolhimento do dia (onde profissionais de determinada equipe ficam na linha de frente acolhendo todos os usuários que chegam independente da equipe que estão vinculados); (3) acolhimento misto (neste caso defini-se um horário ou quantitativo limite de usuários que cada enfermeiro irá acolher de DE da sua área de abrangência, ao se alcançar o

horário/quantitativo definido, um dos enfermeiros de uma das equipes passa a atender na lógica do acolhimento do dia); e (4) acolhimento coletivo (onde todos os profissionais da equipe na primeira hora da manhã fazem a escuta de todos os usuários que buscaram a unidade para atendimento de DE, em geral a escuta é feita no espaço coletivo) (BRASIL, 2012b). Nas publicações não houve ênfase na modalidade do acolhimento característico das unidades estudadas, exceto um caso apontou que o acolhimento era realizado pela equipe de referência (GOMES, 2013).

De acordo com Norman e Tesser (2015), o acolhimento pode utilizar basicamente dois modos de organização do trabalho: um que valoriza o território e a longitudinalidade na assistência à demanda espontânea e outro que não valoriza. No primeiro a demanda é atendida pela equipe da área de abrangência e no segundo independente dessa relação. Neste último, organiza-se algo como uma equipe de plantão com profissionais nessa função, atendendo à demanda espontânea no dia ou em um dos períodos de funcionamento da unidade (NORMAN; TESSER, 2015).

O acolhimento na ESF quando realizado conforme previsto, amplia a oferta da atenção básica e pode minimizar a busca por serviços de urgência como primeiro contato (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Porém, não é incomum encontrar serviços de saúde onde o acolhimento caracteriza-se como uma atividade processual para a determinação de oferta do serviço médico.

Nos estudos selecionados foram destacados alguns aspectos facilitadores para a realização do acolhimento como vínculo entre usuários e profissionais (GARUZI; et. al., 2014) e escuta qualificada (FRANCO; et. al., 2012). Além disso foi possível identificar as barreiras que dificultam como: excesso de demanda que reduz o tempo disponível para acolhimento (GARUZI; et. al., 2014); outro estudo destacou o déficit nas equipes, fragmentação do cuidado, limitações ideológicas sobre o papel do acolhimento nos serviços e medicalização social com pressão para atendimento médico (BREHMER; VERDI, 2010); e outros destacaram a ausência de escuta qualificada e dificuldade de acolher as demandas subjetivas dos usuários (FARIA; CAMPOS, 2012).

No que tange ao motivo de procura dos usuários, um estudo realizou a análise da demanda espontânea e identificou os 5 principais motivos, respectivamente: resultado de exames, prescrição médica, cefaléia, febre e tosse (LANDSBERG, et. al., 2012). Outros estudos menos específicos sobre os motivos da consulta apontaram que os usuários foram às unidades em busca de ações curativas (consultas médicas, exames e medicamentos)

(AZEVEDO; COSTA, 2010; COSTA; et. al., 2010; SANTOS; PENNA, 2013). Outros estudos destacaram que a procura para renovação de receitas foi muito frequente na demanda espontânea (LANDSBERG; et. al.; 2012; FARIA; CAMPOS, 2012). Além disso, foi expressivo em alguns estudos o volume de usuários com agudização de condições crônicas (FARIA; CAMPOS, 2012; GOMES, 2013).

Sobre a relação entre demanda espontânea e demanda programada apontadas nos estudos, vários apontamentos emergiram. Um estudo considerou como que as equipes que contemplavam mais a DP que as DE eram mais organizadas, justificando que um processo de trabalho organizado reduz a demanda espontânea (FARIA; CAMPOS, 2012). Já outro estudo apontou uma tendência a um balanço entre os atendimentos de demandas programadas e a demanda espontânea, o que segundo os autores corrobora para as práticas centradas nas pessoas atendendo ao que se espera de uma Atenção Básica resolutive e que seja reconhecida como serviço de procura regular pelos usuários (SANTOS; et. al., 2012). Porém, em outro estudo realizado em Florianópolis apontou que o excesso de DE nas unidades estava comprometendo a implementação das ações programáticas da ESF (SISSON; et.al, 2011). Outro estudo apontou que após ampliar a oferta DE reduzindo a agenda de DP, houve aumento no volume de usuário com agudização de doenças crônicas (GOMES, 2013). Vale ressaltar que todos estes estudos corresponderam a pesquisas qualitativas onde foram entrevistados profissionais das unidades de ESF e que muitos profissionais não reconhecem o papel da atenção básica na atenção às urgências (AZEVEDO; COSTA, 2010; HERMIDA; et. al., 2016).

A pressão da demanda espontânea tende, em geral, a acabar em atendimento médico. Os usuários assim o desejam e muitas vezes os profissionais não têm alternativa, afinal é do médico a maior responsabilidade de diagnóstico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Foi destacado que as consultas de DE eram muito rápidas (em torno de 5 min/usuário), pautadas na queixa momentânea sem identificar outros problemas de ordem subjetiva (LIMA; ASSIS, 2010). O atendimento de demanda espontânea quando pautado em uma abordagem queixa-conduta pode ser mais rápido para resolver o volume de demanda da ESF, porém a longo prazo pode se configurar como um modelo medicalizante que continuará gerando cada vez mais demanda (AMARAL; ABRAHÃO; PINA, 2015)

Sendo assim o Ministério da Saúde reforça que apesar de ser necessário o atendimento de programada (DP) para garantir o acompanhamento das pessoas (sob pena de reduzir a Atenção Básica em pronto-atendimento) é fundamental que as unidades ESF estejam abertas para acolher as demandas espontâneas (BRASIL, 2012b). A demanda espontânea (DE) não

deve ser a principal porta de estrada das unidades, porém deve ser considerada como uma forma importante de acesso dos usuários, sendo a intensidade do cuidado integral dependente do modo como este encontro acontece (AMARAL; ABRAHAO; PINA, 2015). O equilíbrio entre DE e DP são essenciais para efetivação da ESF como porta de entrada preferencial dos usuários podendo minimizar a busca por serviços de urgência como primeiro contato e ampliar a resolutividade da Atenção Básica (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Com relação a integração da Atenção Básica com os demais componentes da Rede nos estudos selecionados não houve ênfase na relação específica com os serviços de urgência (foco deste estudo), sendo identificado como grande nó para atenção básica os encaminhamentos para as especialidades. A elevada demanda para os especialistas foi atribuída aos excessivos encaminhamentos sem indicação e a baixa resolutividade da Atenção Básica (AZEVEDO; COSTA, 2010; FARIA; COSTA, 2012)

Além disso, a fragmentação dos serviços, e dificuldade de acesso à atenção especializada foi apontada em diversos estudos (BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA; et. al., 2012; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017; SISSON; et. al., 2011). Como uma das causas um estudo destaca a incipiente governabilidade municipal sobre os demais equipamentos de saúde (serviços especializados e hospitais) geridos por outras esferas de governo (SISSON; et. al., 2011). Outra questão que influencia na integração dos serviços é a perda da continuidade dos cuidados quando os usuários são encaminhados para outro nível de ação, o que demonstra a fragilidade de comunicação entre os equipamentos de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017).

Outras questões que oferecem barreiras foram destacadas: apoio matricial incipiente (COSTA; et. al., 2010; SISSON; et. al., 2011); demora acesso ao cuidado especializado (AZEVEDO; COSTA, 2010; GOMIDE; et. al., 2017; SISSON; et. al., 2011; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017); ausência de fluxo formal para as referências (AZEVEDO; COSTA, 2010; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017); e contrarreferência incipiente (GOMES, 2013; SISSON; et. al., 2011).

De forma geral a atenção às urgências no cotidiano das unidades de ESF apontou que o acesso burocratizado com modelo tradicional de filas para competir por senhas ainda é uma realidade em alguns locais. O acolhimento apesar de ser atribuição de todos basicamente é realizado pela equipe de enfermagem e ACS, não sendo encontrado nenhum relato de outras categorias. Ainda sobre o acolhimento os estudos apontaram que em muitos casos ainda é utilizado como ferramenta para organizar as consultas médicas, sem nenhuma formalização de critérios para classificação de risco e vulnerabilidade. Com relação a integração das

unidades de ESF com a RAS, o principal gargalo apresentado nos estudos foi o encaminhamento para as especialidades médica pelo seu imenso volume e demora na marcação de consultas. Os motivos de consulta de DE foram compatíveis com o nível assistencial da atenção básica, com predomínio de demandas administrativas. Em alguns estudos as demandas espontâneas foram apontadas como excessivas com reforço de que oferecem barreiras para implementação de ações programáticas. Especificamente em dois estudos nos chamou a atenção o aumento dos casos de agudização de doenças crônicas nos locais onde havia maior predomínio de agenda de DE. Este dado sugere atenção para avaliar se de fato o predomínio das DE pode estar comprometendo as ações programáticas, em especial o acompanhamento e promoção/prevenção de doenças crônicas. Em suma, os estudos apontaram que de fato ainda é um desafio no cotidiano dos serviços a atenção às urgências e que diversos elementos tornam a atenção básica fragilizada para desempenhar o papel de porta de entrada preferencial no SUS.

2. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO COTIDIANO DAS UPA

Neste item serão destacados os principais elementos que influenciam na organização do trabalho das unidades identificados nas publicações selecionadas: a sobrecarga dos serviços, perfil dos usuários, motivos de procura, acolhimento e classificação de risco e integração com a Rede.

Mesmo com os avanços normativos para instituição da RUE, ainda persiste a sobrecarga do atendimento às urgências nos serviços de pronto-atendimento, em especial nas UPA. O impacto da superlotação foi apontado em diversos estudos recentes (FEITOSA, et. al., 2017; PRUDENCIO; et. al., 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI, et. al., 2017b).

A percepção de que a sobrecarga é consequência da insuficiência da atenção básica foi apontada na grande maioria das publicações (ALTINO, 2017; BARTIERI; et. al., 2017; CASSETTARI, 2014; DINIZ; et. al., 2014; GODOI; et. al., 2016; MACHADO; et. al., 2015; PINTO, 2015; PRUDENCIO; et. al., 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI; et. al., 2017a). Um estudo atribuiu como uma das causas da sobrecarga o despreparo dos médicos que não otimizam o atendimento e muitas vezes solicitam exames desnecessários, prolongando a permanência do usuário na unidade (PINTO; 2015). A percepção do usuário de que a UPA é mais resolutiva que a Atenção Básica também corrobora para a superlotação dos serviços (BARTIERI; et. al., 2017).

Acerca do perfil dos usuários atendidos na UPA alguns estudos identificaram maior representatividade do sexo feminino (BARTIERI; et. al., 2017; DINIZ; et. al., 2014; GODOI; et. al., 2016; ZANON; ZANIN; FLORIO, 2016). Já outro estudo não evidenciou diferença entre os gêneros (MACHADO; et. al., 2015). Foi unânime nas publicações que descreviam a caracterização dos atendimentos que o maior volume identificado era de urgências de baixo risco (ALTINO, 2017; BARTIERI; et. al., 2017; CASSETTARI, 2014; DINIZ; et. al., 2014; GODOI; et. al., 2016; MACHADO; et. al., 2015; PRUDENCIO; et. al., 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI; et. al., 2017b; ZANON; ZANIN; FLORIO, 2016).

Com relação ao motivo de procura os achados foram diversos. Alguns estudos apontaram que de forma geral a procura dos usuários era baseada na consulta médica, realização de exames e acesso a medicamentos (BARTIERI; et. al., 2017; CASSETTARI, 2014; DINIZ; et. al., 2014; PINTO, 2015). As questões identificadas como mais frequentes nos estudos foram relacionadas a queixas musculoesqueléticas (GODOI; et. al., 2016),

atestados médicos (PRUDENCIO; et. al., 2016); e doenças do aparelho respiratório (ALTINO, 2017). Apenas um estudo destacou a superutilização dos usuários (frequência de inúmeras consultas em curto espaço de tempo) e demonstrou que os atendimentos considerados inadequados para a UPA (principalmente os azuis), ocorrem mais nos dias úteis e no horário comercial, sendo o mesmo horário de funcionamento das unidades básicas (MACHADO, 2015). Os achados deste estudo reforçam as fragilidades no papel de primeiro contato da atenção básica.

No que tange a classificação de risco, conforme discutido no Capítulo I, não há um protocolo definido pelo Ministério da Saúde, porém reforça a importância da implementação em todas as unidades de saúde para garantir a equidade e humanização no acesso dos usuários. De forma geral, o acolhimento com classificação de risco (ACCR) tem sido amplamente difundido nos serviços de urgência, sendo foco de muitas publicações selecionadas. Algumas fragilidades foram observadas nos estudos como avaliações no ACCR extremamente rápidas (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016) abordagem muito protocolar sem valorização de elementos subjetivos na avaliação dos usuários (PINTO, 2015) e ausência de padronização do protocolo entre unidades do mesmo município (CASSETTARI, 2014). Em todas as publicações foi destacado que o enfermeiro é o responsável pelo ACCR, o que foi bastante satisfatório.

O ACCR foi identificado como uma ferramenta norteadora que facilita o processo de trabalho e fornece maior segurança para tomada de decisão dos profissionais (PINTO, 2015; PRUDENCIO; et. al., 2016; RONCALLI, et. al., 2017a). Um estudo apontou que apesar de dar autonomia para os enfermeiros muitas vezes a classificação de risco feita por estes profissionais geram conflitos com a equipe médica (PINTO, 2015). Além disso, outros estudos descreveram que a maioria dos usuários não aceita a classificação de risco por discordarem da avaliação feita, especialmente os classificados como verde e azul (CASSETTARI; et. al., 2014; PRUDENCIO; et. al., 2016; RONCALLI; et. al., 2017b). Destaca-se que um estudo demonstrou que os enfermeiros se sentiam frustrados diante dos usuários de baixo risco evidenciando maior satisfação dos mesmos no cuidado aos casos mais graves (PINTO, 2015).

Apesar dos estudos selecionados não abordarem de forma mais aprofundada a integração da UPA com os demais componentes da RUE algumas questões surgiram, mesmo que superficialmente nas publicações. Dentre elas a difícil integração com a atenção básica (CASSETTARI, 2014; PRUDENCIO; et. al., 2016), articulação informal com a rede de referência (CASSETTARI, 2015) e ineficiência dos serviços de referência e contrarreferência

(RONCALLI; et.al., 2017a).

De forma geral as publicações apontaram que a UPA encontra-se sobrecarregada de usuários de baixo risco que poderiam ser absorvidos pela atenção básica. O ACCR foi reconhecido como elemento fundamental para nortear as ações e organizar o processo de trabalho, porém alguns estudos apontaram que algumas discordâncias nos critérios geram conflitos com médicos e usuários. Diante do grande volume de usuário de baixo risco identificado esperava-se mais ênfase nas questões sobre a integração da UPA (referência e contrarreferência). A discussão dos mecanismos de integração das UPA são fundamentais para reversão do quadro de sobrecarga neste nível de atenção e concretização da RUE no SUS.

CAPITULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1. UNIVERSO DO ESTUDO

1.1. Sobre a pesquisa

Esta dissertação é um subproduto da pesquisa mãe: Efetividade da Rede Assistencial de Manguinhos, financiada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) para o TEIAS Manguinhos. No apêndice A encontra-se um resumo dos objetivos e etapas da pesquisa mãe.

O TEIAS-Escola Manguinhos surge em 2009 através do contrato da SMS/RJ com a Escola Nacional de Saúde Pública/ ENSP-FIOCRUZ, por meio de sua fundação de apoio FIOTEC. O TEIAS é responsável pela gestão do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), Clínica da Família Victor Valla (CFVV) tornando-se responsável pela gestão da Atenção Básica no território de Manguinhos com adoção do modelo ESF, ampliando para 100% a cobertura da população. Além disso o TEIAS também é responsável pela gestão da UPA de Manguinhos.

1.2. Contextualização do território

Para compreender as características peculiares do território de Manguinhos é apresentado a seguir alguns aspectos históricos e sociodemográficos da população, perfil epidemiológico local e oferta dos serviços de saúde.

a) Alguns aspectos históricos e sociodemográficos

Os cenários da pesquisa estão localizados no bairro de Manguinhos. Este território está situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na 10ª Região Administrativa (RA) da cidade que compreende também os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos. (ENGSTROM; FONSECA; LEIMANN, 2012).

Atualmente, de acordo com dados do Instituto Pereira Passos, a área territorial corresponde a 2.618 km² (IPP, 2018). O território é cortado pelo rio Jacaré e Faria-Timbó e pelo canal do Cunha, onde são lançados dejetos in natura das moradias e das fábricas locais, o que contribui para a poluição da Baía de Guanabara, além de caracterizar a área como uma das mais poluídas do Rio de Janeiro (FERNANDES; COSTAS, 2009). Nos dias de chuva os

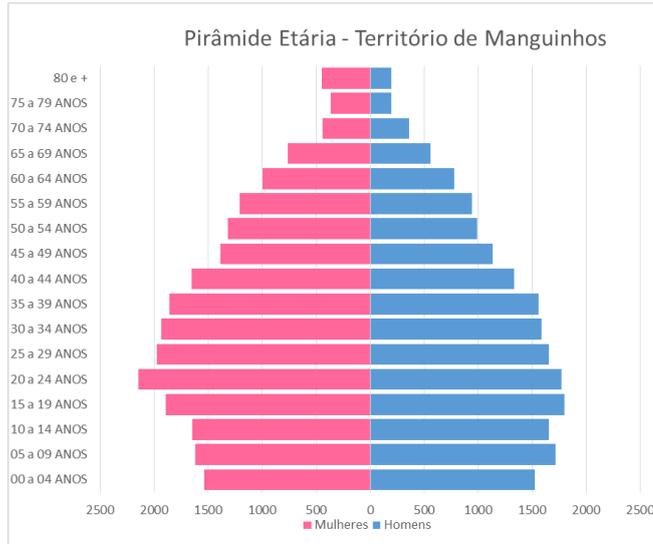
rios quase sempre transbordam e trazem bastante transtorno a população residente do território.

A região é bastante conhecida por sediar a grande área da Fundação Oswaldo Cruz e a Refinaria de Manguinhos. Possui ainda múltiplos acessos ao território através da Avenida Brasil, Linha Amarela, pela Estrada de Ferro da Leopoldina (ramal Supervia), Avenida dos Democráticos e Rua Leopoldo Bulhões.

Historicamente a região de Manguinhos, iniciou sua ocupação em 1986 com a chegada da ferrovia, porém só foi oficializado como bairro em julho de 1981 (FERNANDES; COSTA, 2013). Ao longo dos anos foi se conformando em um conjunto bastante diversificado de habitações com características do que se descreve, em geral, como favelas. Além das habitações fora dos padrões formais estabelecidos de moradia, a região ainda é afetada com serviços públicos ausentes ou precários (FERNANDES; COSTA, 2013). Os domicílios do território são variados, sendo encontradas residências de alvenaria e de taipa, com saneamento básico deficiente e coleta de lixo insuficiente.

Com relação à população, de acordo com o último Censo do IBGE de 2010, Manguinhos é caracterizado por densa ocupação popular com 36.160 habitantes, 10.816 domicílios e por ter a maior parte da população com baixa escolaridade e baixa renda mensal. No que se refere ao gênero, a maior população é do sexo feminino, sendo a razão de sexos de 91,6 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Acerca da característica etária da população, é possível observar na figura 1, que a população de Manguinhos ainda é jovem, porém há uma tendência de mudança de perfil populacional evidenciada pelo estreitamento da base da pirâmide devido a queda da natalidade e progressivo aumento da população de idosos. A população de crianças com menos de 5 anos de idade, que representava 11,8% do total no ano 2000, passou a contribuir com apenas 8,6% no ano de 2010. Já a proporção de idosos aumentou, sendo registrado 8% em 2000 e 12% em 2010 (IBGE, 2000; 2010).

Figura 1. Pirâmide etária do território de Manguinhos, 2018.



Fonte de dados: Prime Saúde, 2018.

Assim como outras áreas consideradas como favela no Rio de Janeiro, Manguinhos sofreu com o descompasso entre as formulações e a prática das políticas públicas, fossem elas habitacionais, urbanas ou sociais (FERNANDES; COSTA, 2009). No ano de 2007 a região de Manguinhos foi uma das áreas prioritárias das ações do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), um programa do Governo Federal em parceria com o Estado e Município. O PAC promoveu inúmeras modificações, que geraram a criação de novas áreas e extinção de antigas. O último relatório publicado em 15/10/2018 com o 7º balanço do PAC 2015-2018, aponta que as ações de urbanização iniciadas em 2009 ainda estão em andamento (PAC, 2018).

De acordo com Fernandes e Costa (2013), as 14 comunidades que compõe o território (tabela 1), não correspondem ao que foi traçado pela legislação de 1988 devido às obras do PAC. Os nomes das comunidades em sua grande maioria foram criados pelos próprios moradores, indicando a localização por vizinhança com outra comunidade ou assumindo o nome da empresa loteada (FERNANDES; COSTA, 2013).

Tabela 1. Comunidades do território de Manguinhos após ações do PAC

Comunidade	Origem/ Reestruturação
Parque Oswaldo Cruz/ Morro do Amorim	1901
Comunidade Vila União	1915/1955
Parque Carlos Chagas/ Varginha	1941
Parque João Goulart	1951
Comunidade Vila Turismo	1951
Centro de Habitação Provisória nº 2 (CHP2)	1951
Conjunto Habitacional Néelson Mandela	1990
Conjunto Habitacional Samora Machel	1991
Comunidade Mandela da Pedra	1995/2010
Comunidade Embratel/ Samora II	2001
Comunidade Vitória de Manguinhos/ CONAB/Cobal	2001
Condomínio CCPL	2005
Comunidade Embratel II/Condomínio Embratel	2007/2010
Condomínio DESUP	2010

Fonte: Adaptado de FERNANDES; COSTA, 2013.

Porém, apesar das mudanças importantes realizadas no território pelo PAC na área de habitação e infraestrutura urbana, os graves problemas da região ainda não foram solucionados. De modo geral existe um consenso entre trabalhadores e moradores de que a deficiência da coleta do lixo, a falta de garantia da qualidade da água para consumo, as situações de violência, e os pontos de enchentes e alagamentos são questões que ainda afetam intensamente a população local. (ENGSTROM; FONSECA; LEIMANN, 2012).

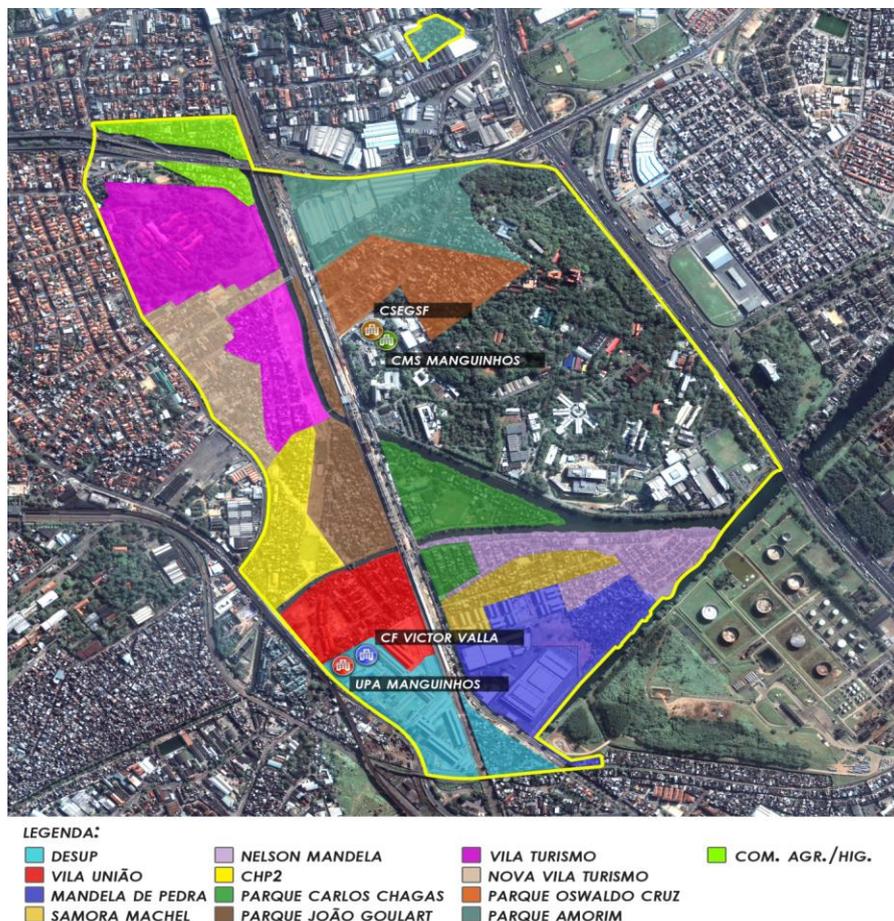
Manguinhos sofre também com a influência do poder do tráfego na região. O território foi pacificado em 2013 com a inauguração da 29ª Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), porém ainda é considerada uma região violenta e com frequentes confrontos. A Rua Leopoldo Bulhões, um dos principais acessos, é conhecida como “Faixa de Gaza” em referência a região da Palestina famosa pelo histórico de violência local.

Acerca do Índice de Desenvolvimento Social (IDS), Manguinhos corresponde ao sexto pior IDS (0,518) do município do Rio de Janeiro no ranking de 113 bairros, dos quais encontram-se a Lagoa com o melhor IDS (0,819) e bairro de Grumari com o pior índice (0,282). Já com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dados também apontam Manguinhos como o quarto pior IDH da cidade (0,726), sendo o bairro da Gávea o local com melhor IDH (0,970) e o Complexo do Alemão com pior índice registrado no município (126º lugar equivalente a 0,711) (IBGE, 2010). Tais dados reforçam o diagnóstico de que a região é uma das mais vulneráveis e desfavorecidas da cidade.

b) Atenção à Saúde local

Mesmo diante das inúmeras fragilidades do território, a Estratégia de Saúde da Família no território de Manguinhos ampliou o acesso atingindo 100% de cobertura da população local. Atualmente o território possui duas unidades de ESF: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e a Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Vinculado às unidades estão às equipes de saúde bucal, um Consultório na Rua, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e a Academia Carioca. Dentro do território de Manguinhos estão também o Centro de Assistência Psicossocial Carlos Augusto da Silva (Magal) – CAPS II Magal, inaugurado em 2016 e a UPA de Manguinhos. A UPA fica no mesmo pavimento que a CFVV com separação estrutural entre as unidades, porém com conexão interna entre elas para facilitar o acesso dos profissionais de saúde e eventualmente dos usuários. A figura 2 mostra a delimitação do bairro de Manguinhos, suas comunidades e os equipamentos de saúde do território (UPA e as unidades de ESF).

Figura 2. Mapa do território de Manguinhos.



Fonte: <http://smsdc-upa-manguinhos.blogspot.com>

Para a conformação da Rede de Atenção a Saúde, Manguinhos possui como referência outros equipamentos públicos além dos descritos acima. De acordo com relatório de gestão do TEIAS de 2017 os equipamentos e suas descrições estão listados no quadro 2.

Quadro 2. Relação dos equipamentos de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Manguinhos

Equipamento de saúde	Descrição do tipo de atendimento	Endereço
CAPSad III- Miriam Makeba	Atende transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas com funcionamento 24h para adultos.	Rua João Torquato, 248. Bairro: Bonsucesso.
CAPS- III João Ferreira – Unidade do tipo II	Com funcionamento 24h para adultos	Estrada Adhemar Bebiano, 339. Bairro: Del Castilho
CAPSi II - Visconde de Sabugosa	Referência para crianças e adolescentes	Avenida Guanabara, s/n. Bairro: Ramos
Policlínica Rodolpho Rocco	Atenção secundária para atendimentos ambulatoriais especializados. Possui ainda uma emergência psiquiátrica, acolhendo usuários em momentos de crise e realizando, nos casos que julgam necessário, encaminhamento para internações em hospitais psiquiátricos do município.	Estrada Adhemar Bebiano, 339. Bairro Del Castilho
Hospital Geral de Bonsucesso	Referência para atendimento em nível secundário e terciário	Avenida Londres, 616. Bairro: Bonsucesso
Maternidade Fernando Magalhães (São Cristóvão)	Maternidade de referência para assistência ao parto	Rua General José Cristino, 87. Bairro: São Cristóvão.

Fonte: Adaptado do Relatório de Gestão do TEIAS de 2017

c) Dados epidemiológicos do território

Com uma infraestrutura bastante precária e com uma densa população, a tuberculose ainda corresponde a um dos maiores problemas de saúde em Manguinhos. Considerando a população local com base no último Censo do IBGE de 2010 e os dados disponíveis da SMS-RJ, calculou-se a incidência da doença do período de 2015-2017. No período de corte, a incidência de tuberculose foi de aproximadamente 468 casos/100.000 habitantes-ano, valor superior aos 345 casos/100.000 habitantes-ano do Município do Rio de Janeiro no mesmo período (excluindo a população e os casos de Manguinhos).

Outra doença de importância epidemiológica no território é a sífilis na gestação. No período de 2015-2017 também utilizando a população local do último censo do IBGE (2010), a média anual de taxa de detecção de sífilis na gestação foi de 80,2/1000 nascidos vivos, o que corresponde ao dobro da taxa do município para o ano de 2016 (40,0/1000 nascidos vivos).

Sabe-se que a taxa de mortalidade infantil corresponde a um indicador que também expressa às condições de vida da população, a saúde do binômio mãe-filho e permite uma refletir sobre a qualidade da assistência a saúde. A taxa de mortalidade infantil declinou em 2017 (15,6/1000 nascidos vivos) em comparação aos três anos anteriores em que esteve superior as taxas observadas no município do Rio de Janeiro e na área de planejamento 3.1.

Sobre a mortalidade geral, de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do município do Rio de Janeiro (SIM/SMS-RJ), em Manguinhos nos anos de 2014 a 2016, a principal causa de morte entre nas mulheres foi em decorrência das doenças do aparelho circulatório (26%), seguida pelas neoplasias (14%) e doenças do aparelho respiratório. Com relação aos homens, no mesmo período, as doenças do aparelho circulatório foram a maior causa de morte (22%) seguida das causas externas (20%) e neoplasias (11%). Comparando os dados de Manguinhos com os dados gerais do município do Rio de Janeiro, os óbitos por causas externas corresponderam a 4º causa (12%) em homens no município, o que sugere que a violência em Manguinhos seja a causa deste indicador representar o 3º lugar no território. Outro destaque interessante é para as doenças infecciosas e parasitárias, das quais constituem a 4º causa de morte tanto em Manguinhos quanto no município do RJ, sendo um dos maiores problemas de saúde pública que ainda são em desafio para o SUS.

1.3. Cenários da Pesquisa

Esta pesquisa teve como cenários o CSEGSF, CFVV e a UPA de Manguinhos. O Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) que está localizado dentro do campus da FIOCRUZ com acesso pela Rua Leopoldo Bulhões. O CSEGSF foi inaugurado em 1967 e até 2009 era o único acesso a serviços de saúde no território. Atualmente funciona de segunda a sexta de 8:00 as 17:00 e possui 7 equipes de ESF e 3 de equipes de saúde bucal.

A Clínica da Família Victor Valla (CFVV) inaugurada em 2010 fica ao lado da UPA de Manguinhos e tem acesso tanto pela Avenida Dom Hélder Câmara quanto pela Rua Leopoldo Bulhões. Como serviços possui 6 equipes de ESF, 1 Consultório na Rua e 3 equipes de saúde bucal.

Destaca-se que todos os profissionais que atuam nas duas unidades de ESF são

contratados pelo regime de trabalho celetista com carga horária de 40h semanais. Além disso, nas duas unidades há a inserção de residentes de medicina de família e comunidade e enfermagem na atenção primária, ambos atuando 40 horas semanas nas equipes. A residência médica faz parte dos programas da ESNF e UFRJ e a de enfermagem é da UFF. A residência multiprofissional de saúde da família da ENSP também está inserida no local. A presença dos residentes nas unidades é acompanhado por preceptores especialistas em Atenção Básica. Por um lado os residentes possuem a oportunidade de alinharem os conhecimentos teóricos as práticas no cotidiano dos serviços e a as unidades ampliam a capacidade de absorver as demandas dos usuários qualificando a atenção à saúde do território.

A estrutura das unidades, assim como a composição das equipes de ESF estão descritas, respectivamente, nos quadros 3 e 4. Destaca-se que os 17 consultórios clínicos do CSEGSF não estão totalmente disponíveis para a ESF, visto que sua utilização é compartilhada com os servidores federais da FIOCRUZ da área de assistência/pesquisa/gestão.

Quadro 3- Descrição da estrutura física das unidades de ESF do território de Manguinhos, 2018.

Estrutura	CSEGSF	CFVV
Recepção	1	1
Acolhimento (bairros)	7	6
Consultório clínico	17	13
Consultório odontológico	2	3
Escovário	1	1
Farmácia	1	1
Sala de Vacina	1	1
Sala de Curativo	1	1
Sala de Coleta de Exames	1	1
Sala de Reunião de grupo	1	1
Sala de procedimento/ observação	1	1
Sala administrativa/ gerência	1	1
Sala dos ACS	1	1
Espaço de educação permanente	1	1

Fonte: Elaborado baseado no relatório de gestão da unidade de 2017

Quadro 4. Distribuição do quantitativo de profissionais por categoria nas unidades de ESF do território de Manguinhos, 2017.

Categoria Profissional	CSEGSF	CFVV
Médico de Família	7	6
Enfermeiro de Família	7	6
Técnico de enfermagem	7	6
Agente Comunitário de Saúde	42	36

Fonte: Elaborado baseado no relatório de gestão da unidade de 2017

Segundo o registro do banco de dados das duas unidades de ESF pesquisadas, em novembro de 2018 haviam 42.260 usuários cadastrados conforme pode ser observado no quadro 5. A maioria das equipes possui mais de 3000 usuários cadastrados, o que é considerado um número elevado, principalmente devido à vulnerabilidade da população.

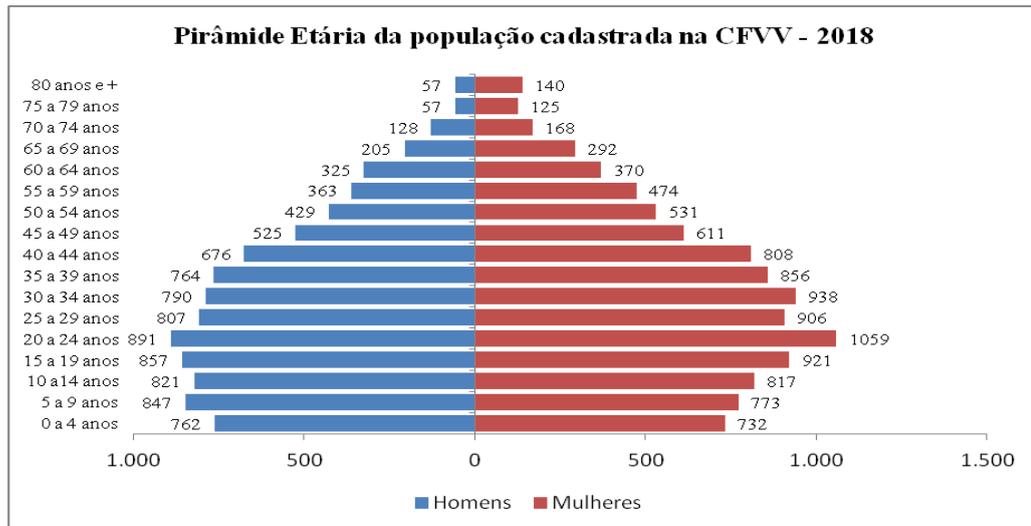
Quadro 5: Número de população cadastrada por equipes da ESF de Manguinhos, 2018.

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria			Clínica da Família Victor Valla		
CSEGSF			CFVV		
Equipe	Comunidade	População Cadastrada	Equipe	Comunidade	População Cadastrada
Aconchego	Nelson Mandela	3.360	Confiança	Samora Machel e parte de Nelson Mandela	3.538
Amizade	Parque João Goulart e CHP2	3.235	Coragem	Vila Arará e parte de Embratel	3.275
Fortaleza	Parque Amorim e Monsenhor Brito	3.655	Felicidade	Vila União, Ex-combatentes e parte de DESUP	3.595
Fraternidade	Vila Turismo	2.893	Liberdade	Nelson Mandela, Mandela de Pedra e parte de Embratel	3.279
Harmonia	Comunidade Agrícola de Higienópolis e Vila São Pedro	3.052	Renovação	CHP2	2.989
Serenidade	Vila Turismo e Parque João Goulart	2.593	Sabedoria	Parte de DESUP, CONAB, Fazendinha, Vila Esperança, Vila Previdência e CCPL	3.149
Vida	Amorim, Varginha e Green Ville	3.637	-	-	-
Total: 22.435			Total: 19.825		
Total de usuários cadastrados no território: 42.260					

Fonte: Base de dados do CSEGSF e CFVV de novembro de 2018.

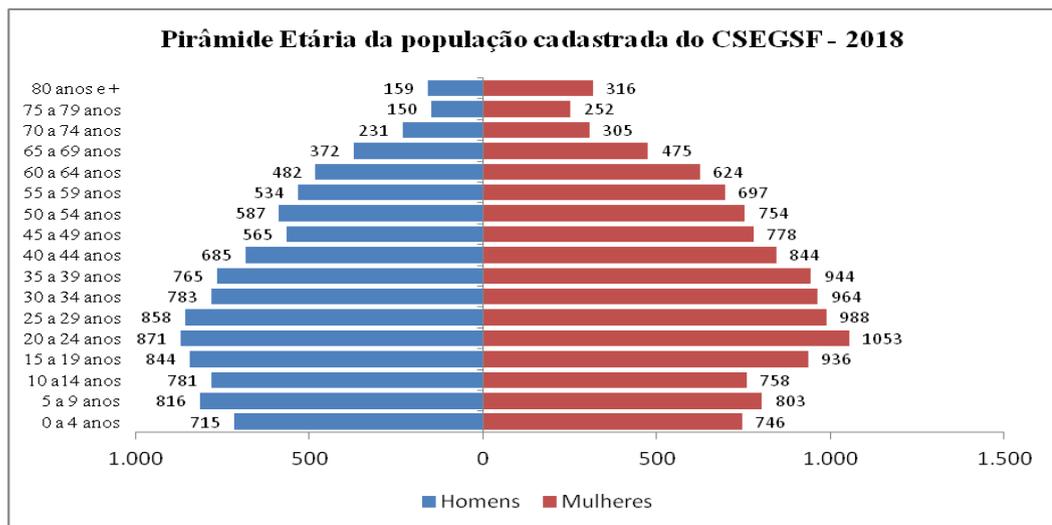
Através da análise da pirâmide de etária das unidades (Figuras 3 e 4) é possível identificar a diferença no perfil dos usuários.

Figura 3. Pirâmide etária da população cadastrada na CFVV, Manguinhos, 2018.



Fonte: Elaboração da da pesquisa com informações extraídas do banco de dados da CFVV.

Figura 4. Pirâmide etária da população cadastrada na CSEGSF, Manguinhos, 2018.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados da CFVV.

Devido a diferença no volume de população cadastrada estabeleceu-se o valor proporcional das faixas etárias para melhor comparação entre as unidades, sendo definido os seguintes grupos etários: crianças (0 a 11 meses e 29 dias), adolescentes (12 a 17 anos e 29 dias), adultos (18 anos a 64 anos e 29 dias) e idosos (acima de 65 anos). O grupo de crianças representou 16% da população da CFVV e 14% CSEGSF; os adolescentes 17% na CFVV e 15% CSEGSF; os adultos 61% em ambas as unidades; e idosos 6% na CFVV e 10% CSEGSF. Estes dados apontam que a população vinculada a CFVV é mais jovem que a população do CSEGSF.

A UPA de Manguinhos foi inaugurada em Maio de 2009 através da parceria do Governo Federal, Estadual e Municipal. Em Fevereiro de 2010 a gestão da UPA passou a ser de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Funcionando 24h por dia a UPA atende não só a população de Manguinhos, mas todo o entorno e até mesmo usuários de outros municípios. Classificada como UPA Porte III possui como população de abrangência de 200.000 a 300.000 habitantes, com área física de 1.300 m² com capacidade de atender 350 usuários em 24h. A instalação física obedece aos padrões normativos contendo 15 leitos na sala de observação adulto (sala amarela adulto), 3 leitos na sala de estabilização (sala vermelha), 4 leitos na sala de observação pediátrica (sala amarela pediátrica), consultórios médicos, 2 consultório para classificação de risco, farmácia, laboratório para a realização de exames, sala de raio-X, sala de eletrocardiograma, sala de sutura, sala de medicação, sala de nebulização, e a sala de esterilização de materiais.

Todos os profissionais são contratados pelo regime de trabalho celetista em escala de plantão (12 horas com 60 horas de descanso) e profissionais diaristas conforme apresentado no quadro 6.

Quadro 6. Relação dos profissionais da UPA de Manguinhos, 2017.

Categoria Profissional	Quantitativo
Enfermeiro Coordenador	1
Enfermeiro Diarista	6
Enfermeiro Plantonista	12
Técnico de enfermagem diarista	11
Técnico de enfermagem plantonista	24
Médico Coordenador	1
Médicos Rotina	2
Médico clínico plantonista	36
Médico pediatra diarista	1

Fonte: Elaboração própria baseada nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

2. DESENHO DO ESTUDO

Do ponto de vista dos objetivos, esta pesquisa se configura como uma pesquisa exploratória e os métodos propostos tiveram uma abordagem eminentemente qualitativa. As

pesquisas exploratórias objetivam proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca de determinado assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 2002).

O uso de metodologias qualitativas no campo da avaliação de programas e serviços são relativamente recentes se comparadas à marcada tradição histórica da mensuração quantitativa. Apesar da diversidade de referenciais teóricos que permeiam as metodologias qualitativas, todos têm em comum o objetivo de analisar os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, informações, vivências e práticas relacionadas ao universo a ser avaliado no qual eles interagem. Diante disso, pode se considerar, de forma geral, que todas as metodologias qualitativas têm como mister a produção de uma dupla hermenêutica, ou seja, de interpretar as interpretações dos sujeitos (DESLANDES, 2015).

3. MÉTODOS E TÉCNICAS

A pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) com co-participação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS). Obteve parecer favorável em ambos os órgãos, CAAE: 81927618.3.0000.5240 (ENSP) e CAAE: 81927618.3.3001.5279 (SMS).

A pesquisa de campo foi realizada em duas fases. Na primeira foi realizada a coleta de dados secundários e na segunda fase foi realizado a coleta de dados primários através de entrevistas e grupos focais.

Os dados secundários foram obtidos através da coleta de dados dos atendimentos realizados em 2017, sendo utilizado prontuário eletrônico e base de dados das unidades participantes da pesquisa. Do universo total de atendimentos analisados, foram selecionados os atendimentos de demanda espontânea das unidades de ESF e os atendimentos da UPA registrados no horário de 8 as 17:00 nos dias úteis, excluindo os atendimentos administrativos de todas as unidades analisadas. Após a caracterização dos atendimentos por idade, sexo, diagnóstico e horário de atendimento, foi realizado a análise da utilização destes serviços pelos usuários. Buscou-se verificar se os pacientes sem gravidade estavam sendo atendidos na

UPA ou pela ESF.

A coleta de dados primários foi realizada através da técnica de entrevistas e de grupos focais. Nas unidades de ESF foi realizado cinco grupos focais e na UPA dez entrevistas semi-estruturadas. Devido a forma de organizações dos serviços a técnica utilizada foi específica para cada cenário para viabilizar a participação dos sujeitos. Na ESF, devido ao quantitativo de profissionais participantes do estudo a realização de entrevistas individuais inviabilizaria a pesquisa dentro do cronograma, sendo o grupo focal a técnica mais adequada para alcance dos objetivos do estudo. Já na UPA a técnica de entrevista foi mais viável, uma vez que a realização de grupo focal traria barreiras para adesão dos participantes devido ao tipo de carga horária do serviço (escala de plantão) e por ter um quantitativo menor de participantes. Os sujeitos participantes foram selecionados de acordo com as especificidades dos serviços sendo elegíveis as categorias profissionais que possuíam maior envolvimento com o cuidado direto aos usuários. Os instrumentos de coleta de dados e roteiros dos grupos e entrevistas encontram-se nos anexos (Anexo IV, V e VI).

As entrevistas ocorreram durante o horário de expediente dos participantes no período de junho a julho de 2018, com duração média de 30 minutos cada. Foram realizadas 10 entrevistas semi-estruturadas com 5 enfermeiros da classificação de risco e 5 médicos plantonistas que trabalhavam de segunda a sexta. A escolha de profissionais que trabalhavam em dias úteis foi estratégica para identificar a organização do processo de trabalho destes profissionais em horários nos quais a ESF está em funcionamento.

Já com relação aos grupos focais, foram realizados 5 grupos (3 com enfermeiros e médicos e 2 somente com os ACS). Os grupos foram mistos, contendo em cada um deles profissionais das duas unidades de ESF. A opção por não realizar um grupo focal contendo ACS, médicos e enfermeiros considerou que as contribuições, opiniões e pontos de vista dos ACS poderiam sofrer influências das outras categorias. Desta forma os ACS tiveram maior liberdade para expor as questões propostas, sem interferência de outras categorias profissionais ou qualquer outra razão que pudesse configurar algum constrangimento. Os grupos totalizaram 69 participantes, quantitativo superior às expectativas que era estimada em 52 participantes. Destes 19 eram médicos, 13 enfermeiros e 37 ACS. O aumento do quantitativo de participantes ocorreu por demanda livre dos sujeitos que se interessaram em participar dos grupos. Otimizou-se a realização dos grupos no mesmo dia das reuniões de equipe, antecedendo o horário da mesma, possibilitando maior disponibilidade dos

participantes. Os grupos duraram em média 2 horas com participação ativa de todos os participantes. Para não identificar os sujeitos, durante o tratamento das informações coletadas foi atribuído um ordenamento de acordo com a categoria profissional seguido de um código em cor para a unidade na qual o participante estava vinculado (ex. Enfermeiro_1_azul, Médico_2_amarelo). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VII e VIII).

A seguir um quadro síntese correlacionando objetivos e etapas da pesquisa:

Quadro 7. Métodos e coleta de dados para cada objetivo específico da pesquisa.

Objetivos específicos	Métodos	Coleta de dados
Descrever o perfil dos atendimentos de demanda espontânea da UPA e da ESF.	Pesquisa de campo	Coleta de dados secundários através de prontuário eletrônico e de bases de dados da CFVV e CSEGF e da UPA.
Identificar como os atendimentos de baixo risco se distribuem na UPA considerando o horário de atendimento da ESF.		
Caracterizar a forma de organização dos serviços (UPA e ESF) no que se refere a recursos humanos, forma de funcionamento e estrutura para o atendimento das urgências.	Pesquisa de campo Pesquisa bibliográfica	Análise de portarias e revisão bibliográfica. Coleta de dados secundários das bases de dados e dos prontuários das unidades de ESF e UPA.
Identificar os mecanismos de organização do cuidado às urgências de baixo risco na ESF e na UPA;	Pesquisa documental	Coleta de dados primários através de entrevistas semiestruturadas e Grupos focais.

Fonte: Elaboração da pesquisa

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados teve uma abordagem qualitativa, que segundo Denzin e Lincon (2006) consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Além disso, as autoras descrevem que “os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação” (DENZIN, LINCON, 2006, p.23).

Os depoimentos oriundos das entrevistas e grupos focais foram transcritos e examinados através de leitura exaustiva do material. O conteúdo das falas foram analisados

em 3 eixos centrais (Caracterização dos atendimentos; Organização do processo de trabalho; e Limites e Possibilidade para a atenção às urgências no território de Manguinhos). O conteúdo dos eixos centrais foram apresentados e discutidos no Capítulo a seguir “Resultados e Discussão” em diálogo com a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

CAPÍTULO IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados da coleta dos dados secundários e da pesquisa de campo, sendo analisados conjuntamente e promovendo diálogo com as referências da pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A apresentação dos resultados foi dividida por tipo de cenário (unidades de ESF e UPA) em Caracterização dos atendimentos e Organização do processo de trabalho na atenção às urgências. Ao final do capítulo é apresentada uma síntese dos resultados em uma discussão conjunta propondo uma análise geral apontando os limites e possibilidades identificados para atenção às urgências de baixo risco em Manguinhos.

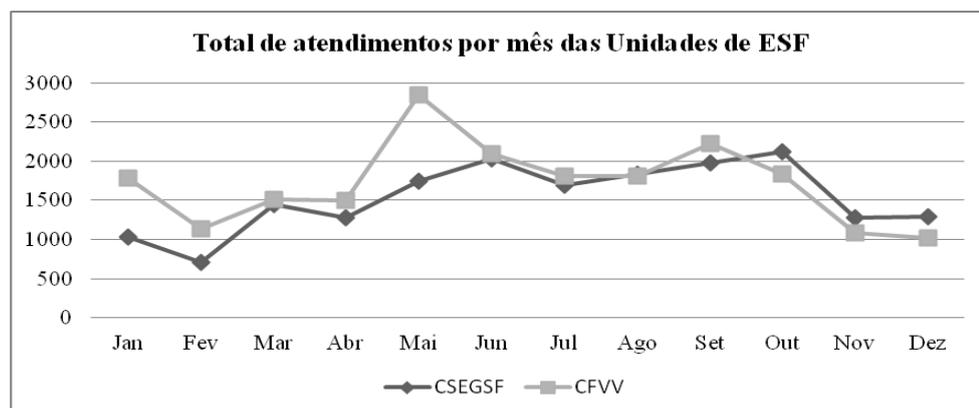
1- CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DAS UNIDADES DE ESF DE MANGUINHOS

Nesta seção vamos descrever os atendimentos numericamente por sexo, faixa etária e por diagnóstico e discutiremos a percepção de urgência dos profissionais entrevistados.

Em 2017 as duas clínicas analisadas realizaram um total de 39.135 atendimentos. Deste total o CSEGSF realizou 47% dos atendimentos (n. 18.446) e a CFVV 53% (n. 20.689). Mesmo com uma equipe a menos a CFVV atendeu mais que o CSEGSF, o que pode estar relacionado à organização do processo de trabalho das equipes, a relação a diferença no horário de funcionamento entre as unidades, entre outros motivos.

A distribuição dos atendimentos ao longo do ano foi similar entre as unidades, conforme apresentado na figura 5.

Figura 5. Distribuição dos atendimentos totais da CFVV e do CSEGSF, Manguinhos, 2017.



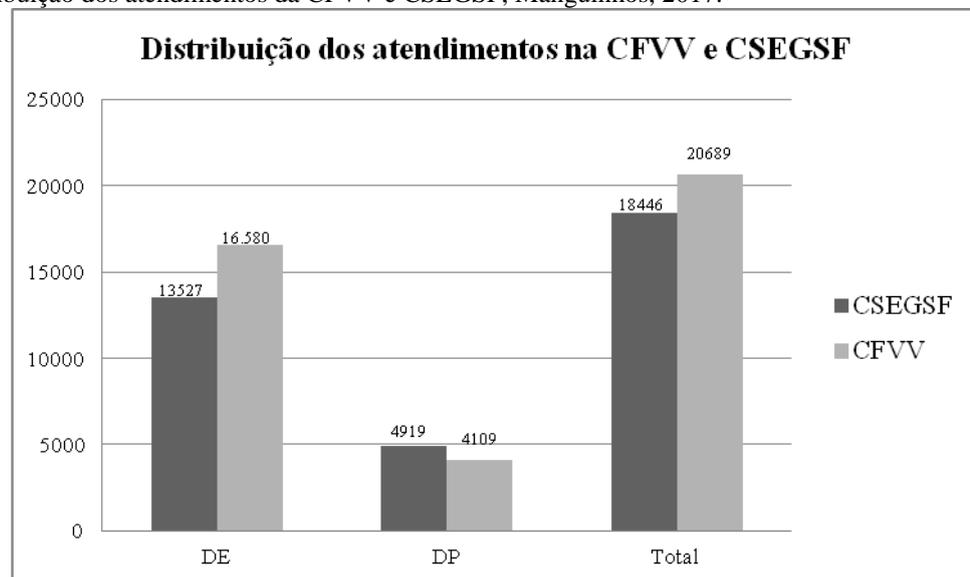
Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e da CFVV.

Somente no mês de maio a CFVV apresentou um pico de atendimentos muito superior aos demais meses, sem nenhum elemento específico que pudesse ser atribuído a este fenômeno. Outro destaque importante é a queda no número de atendimentos no último trimestre de 2017 nas duas unidades. Esta queda pode ser atribuída às greves ocorridas nas unidades de ESF do município do Rio de Janeiro, impulsionadas por reivindicações sobre cortes de verbas para a Atenção Básica e atraso no salário dos profissionais de saúde. Neste período as unidades de ESF de Manginhos permaneceram abertas, porém com funcionamento de 30% do seu efetivo.

A caracterização dos atendimentos nas unidades de ESF foi focada nos atendimentos de demanda espontânea, atendendo aos objetivos desta pesquisa. Somando o total de atendimento das duas unidades, 77% (n. 30.107) foram de atendimentos de DE.

Analisando individualmente as unidades, do seu total de atendimentos o CSEGSF atendeu 73% (n. 13.527) de DE. Já a CFVV, do seu total de atendimentos, 81% (n. 16.580) corresponderam a DE. A figura 6 apresenta a distribuição dos atendimentos de DE e DP das unidades de ESF:

Figura 6. Distribuição dos atendimentos da CFVV e CSEGSF, Manginhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e CFVV, 2017.

A relação entre atendimentos de DE e DP é discutida de forma mais detalhada no item “2- Processo de Trabalho na ESF”.

Com relação aos principais motivos de procura dos usuários nos atendimentos DE, foi identificado em média 5 registros de CIDs¹³ (Classificação Internacional de Doenças) para cada atendimento. Analisando os registros, observou-se que além do CID referente ao motivo da procura havia a descrição de outros CIDs relativos ao usuário em todos os atendimentos, e que não necessariamente correspondiam ao mesmo grupo de doenças. No prontuário eletrônico cada CID registrado permanece visível até o ícone ser desabilitado. Os CID de condições crônicas são mantidos e os CID de condições agudas são desabilitados após a resolução do problema. No relatório gerado pelo sistema, o primeiro CID da listagem é relativo ao último atendimento do usuário na unidade. Desta forma consideramos para a análise o primeiro CID do relatório que refere-se ao diagnóstico mais recente. Os 20 diagnósticos mais registrados em cada unidade de ESF foram organizados dentro dos grupos de doenças segundo a organização dos capítulos do CID 10.

No quadro 8 são apresentados os principais diagnósticos registrados nos atendimentos de DE do CSEGSF. Os 20 diagnósticos mais registrados corresponderam a 55% (n. 7.442) dos atendimentos de DE. Os atendimentos administrativos na DE corresponderam a 2% (n. 273) sendo classificados no grupo “outros registros de CID”.

¹³ A CID-10: utilizado para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Fonte: DATASUS.

Quadro 8. Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea do CSEGSF, Manguinhos, 2017.

Grupo de doenças	Diagnóstico	n. registros	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B359	366	2424
	B309	192	
	B37	323	
	B86	349	
	A15	229	
	A16	167	
	A59	315	
	A539	122	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	A09	361	2163
	E119	1351	
	E109	469	
	E66	199	
IX. Doenças do aparelho circulatório	E39	144	1723
	I10	1723	
X. Doenças do aparelho respiratório	J00	224	351
	J01	127	
XXI. Contatos com serviços de saúde	Z30	218	218
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D50	210	210
V. Transtornos mentais e comportamentais	F32	205	205
VII. Doenças do olho e anexos	H10	148	148
Outros registros de CID		899	6085
Total de atendimentos de demanda espontânea			13527

Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF, 2017

No quadro 9 são apresentados os principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea na CFVV. Os 20 diagnósticos mais registrados corresponderam a 46% (n. 7.544) dos atendimentos de DE. Os atendimentos administrativos na DE corresponderam a 2,5% (n. 420) sendo classificados no grupo “outros registros de CID”.

Quadro 9. Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea da CFVV, Manguiños, 2017.

Grupo de doenças	Diagnóstico	n. registros	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09	1091	3472
	A599	431	
	B373	383	
	B86	355	
	B309	315	
	A153	278	
	B359	208	
	A539	169	
	B24	130	
	A162	112	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	E119	838	1763
	E669	424	
	E109	337	
	E039	164	
IX. Doenças do aparelho circulatório	I10	1391	1391
X. Doenças do aparelho respiratório	J00	471	471
XXI. Contatos com serviços de saúde	Z768	121	329
	Z000	106	
	Z309	102	
V. Transtornos mentais e comportamentais	F411	118	118
Outros registros de CID		899	9036
Total de atendimentos de demanda espontânea			16580

Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados da CFVV, 2017.

A diferença no percentual entre as unidades com relação aos 20 CIDs mais registrados se deve a maior variabilidade de registros de CID encontrados na CFVV em comparação ao CSEGSF.

Com relação aos diagnósticos, os resultados foram semelhantes nos quatro primeiros grupos de causas nas duas unidades (quadro 8 e quadro 9), sendo o primeiro (1) as doenças infecciosas e parasitárias, em segundo (2) as doenças endócrinas e metabólicas, em terceiro (3) as aparelho circulatório e em quarto (4) as doenças do aparelho respiratório.

Na CFVV as doenças infecciosas e parasitárias foram registradas em maior volume (21%) e variabilidade (10 variações de CID) em comparação ao CSEGSF (17% e 9 variações de CID). Dentre os diagnósticos neste grupo, as doenças infecciosas intestinais (A9) foram

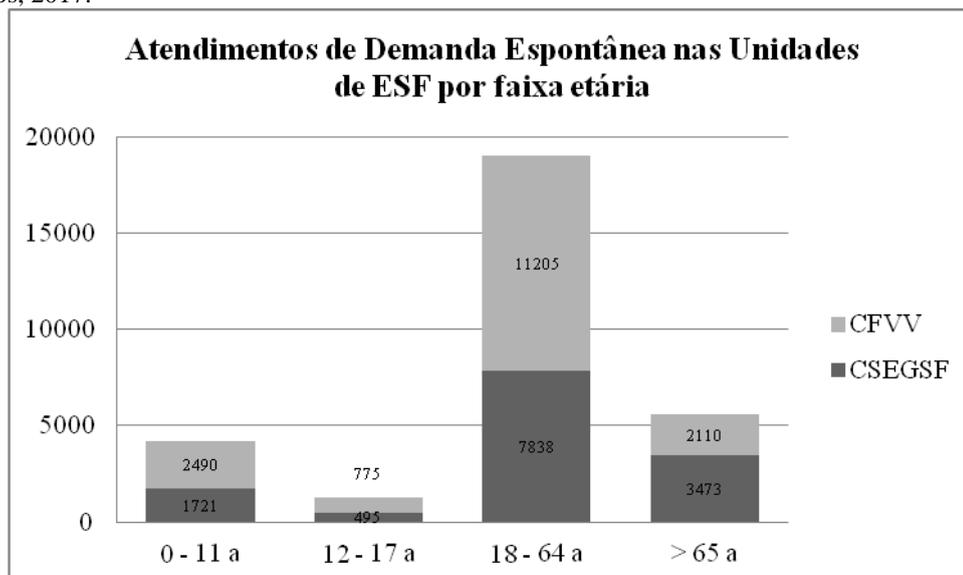
mais incidentes no CFVV e as dermatofitoses (B359) no CSEGSF.

Com relação as doenças endócricas e metabólicas não houve diferença entre os CID registrados, porém este grupo de doenças representou 11% dos atendimentos de DE na CFVV e 16% no CSEGSF. O mesmo ocorreu com relação as doenças do aparelho circulatório, onde também não houve variabilidade do CID entre as unidades, porém houve diferença percentual entre a CFVV (8%) e o CSEGSF (12%). Tanto as doenças do aparelho circulatório quanto as doenças endócrinas e metabólica relacionam-se na maioria dos casos às doenças crônicas, sendo assim, é possível inferir que o CSEGSF atendeu um percentual maior de usuários com acometimentos relacionados as doenças crônicas (28%) em comparação a CFVV (19%).

Com relação ao gênero, o sexo feminino foi mais representativo, não havendo diferença percentual significativa entre as unidades analisadas (69% na CFVV e 70% no CSEGSF). O maior volume de atendimentos do sexo feminino na Atenção Básica também é apontado em outros estudos (OLIVEIRA; et. al, 2012; LANDSBERG; et.al, 2012).

No que se refere à idade dos usuários atendidos, foi estabelecido 4 grupos etários: crianças (de 0 a 11 anos 11 meses e 29 dias), adolescentes (de 12 a 17 anos 11 meses e 29 dias), adultos (de 18 a 64 anos 11 meses e 29 dias) e idosos (acima de 65 anos). A diferença dos atendimentos por grupos etários, entre as unidades, foi mais expressiva nos adultos, seguida dos idosos, crianças e menos díspare entre os adolescentes, conforme apresentado na figura 7.

Figura 7. Distribuição dos atendimentos de demanda espontânea por faixa etária das unidades de ESF, Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e da CFVV.

Na CFVV os atendimentos de crianças e adolescentes somados representaram 20% (n. 3265) das DE, e 16% (n. 2216) no CSEGSF. Com relação ao atendimento de adultos, a CFVV atendeu 68% (n. 11.205) e CSEGSF 58% (n.7838). Na faixa etária dos idosos o CSEGSF atendeu um percentual superior a CFVV, correspondendo, respectivamente, 26% (n 3473) e 12% (n.2110). Estes dados apontam que os atendimentos de DE na CFVV correspondem a uma população mais jovem em comparação ao CSEGSF, o que está compatível com o perfil da população cadastrada em cada unidade (já apresentada na figura 3 e 4). Além disso, o maior volume de atendimentos na população idosa sugere relação com o percentual mais elevado de doenças crônicas registrado no CSEGSF discutido anteriormente.

Em linhas gerais, os dados apontaram que os atendimentos de demanda espontânea na Atenção Básica de Manguinhos eram clínicos e condizentes com o nível de complexidade dos serviços. Este achado difere de dois estudos realizados em Minas Gerais, onde evidenciaram que a maioria dos atendimentos de DE eram de questões administrativas (resultado de exames e prescrição de medicações) (FARIA; CAMPOS, 2012; LANDSBERG; et.al., 2012). Na revisão bibliografia não havia estudos que apontassem atendimentos de complexidade não compatível com a capacidade de absorção da Atenção Básica.

De forma geral, os profissionais da CFVV e do CSEGSF apesar de reconhecerem o papel da Atenção Básica na atenção às urgências de baixo risco indicaram o quanto a DE tenciona o atendimento. A fala de um ACS, apesar da entonação crítica, demonstra a mudança na postura dos profissionais que antes encaminhavam demandas cabíveis para atendimento na Atenção Básica para a UPA, conforme exemplifica:

“(...)Porque a gente orientava os pacientes: vai na UPA porque essa febre pode ser uma pneumonia e lá você vai fazer radiografia, vai fazer os exames... (...) mas agora não, agora é tudo na unidade básica! [fala em tom crítico].” ACS_ amarelo_12

O tom crítico observado na fala do ACS no faz deduzir que a mudança no modelo de atenção das unidades tenha sido de fato uma determinação da gestão e não uma iniciativa dos profissionais, corroborando com os estudos que evidenciaram que a responsabilidade da ESF na atenção às urgências é reconhecida pelos gestores e muitas vezes negada pelos profissionais (AZEVEDO; COSTA, 2010; HERMIDA; et. al., 2016). Esta questão merece destaque, pois se os profissionais da ESF não reconhecem a responsabilidade da Atenção Básica na atenção às urgências é provável que os usuários enfrentem dificuldade de acesso e/ou que os atendimentos de DE sejam vistos como um peso na rotina das unidades.

Observou-se ainda que os profissionais apresentaram dificuldade para definir qual

seria o papel da UPA e da ESF na atenção às urgências de baixo risco, conforme apresentado nas falas a seguir:

“(...) o negócio é que realmente em algumas situações a gente também fica confuso no dia a dia com relação a isso sabe. No final das contas há uma confusão com relação ao que deve ser atendido na UPA e o que deve ser atendido na ESF. ”
Médico_azul_8

“(...) dizer exatamente o que é da UPA e o que é da ESF eu acho que é uma pergunta que precisa pensar mais, eu não tenho essa resposta assim não. ”
Enfemeiro_azul_1

Na fala de outro profissional a dificuldade em compreender os limites de cada tipo de serviço na atenção às urgências pode resultar em barreira de acesso:

“(...) eu acho que nem a gente sabe na verdade, porque muitas vezes a UPA deixa de atender um paciente que acha que não poderia atender porque é nosso, e às vezes a gente também (...)”. Médico_azul_8.

Esta dificuldade em definir o papel dos equipamentos de saúde na atenção às urgências de baixo risco também foi evidenciada em outro estudo realizado no município do RJ, sendo atribuída principalmente à coexistência de UPA e ESF no mesmo território (SOARES, 2017). Para os profissionais que estão atendendo, seja na UPA ou na ESF, a demanda do usuário pode ser interpretada como não pertinente aquele nível assistencial gerando barreira de acesso. A coexistência de UPA e ESF no mesmo território, em uma perspectiva negativa, ao invés de ampliar as possibilidades de acesso podem favorecer barreiras, onde os usuários peregrinam entre os serviços sem conseguir atendimento:

“Eu acho que a pior coisa foi isso, colocar a UPA do lado da clínica da família. (...) fica aquele jogo de empurra, vai para lá, vai para cá...é uma falta de respeito tão grande com os profissionais que atuam na clínica quanto com os paciente que estão ali...então para mim é a pior coisa ter uma UPA do lado da clínica da família.”
ACS_amarelo_3

“(...) acho que a grande questão é que a maioria das pessoas querem trabalhar pouco né. E ai pega uma coisa que dá para atender lá, mas que também dá para atender na clínica da família então manda para a clínica da família. E eu também acho que na clínica da família deve acontecer isso né...(.)” Médico_azul_4

Além disso, Soares ressalta que uma mesma demanda pode ser interpretada de forma diferente entre os serviços de saúde, com tendência a maior valorização do grau de risco pela ESF e menor grau na UPA, uma vez que os fatores considerados na definição de riscos são diferentes (SOARES, 2017).

“(...) nem sempre o que é emergência para a gente é uma emergência para a UPA (...)” Enfermeiro_amarelo_6

Além do critério de risco, os médicos e enfermeiros demonstraram uma preocupação com as questões de relevância do contexto social dos usuários que não são consideradas nos serviços de urgência, conforme representado pelo discurso:

“(...)As vezes é uma situação de laudo que o paciente precisa para amanhã e que de fato você precisa atender aquele paciente na hora para poder dar o laudo para uma perícia porque senão ele perde o benefício que é a única fonte de renda que ele tem (...)” Enfermeiro_amarelo_6

Na fala acima o enfermeiro atribui como urgente uma demanda administrativa que é essencial para que o usuário consiga ter acesso ao benefício financeiro que o sustenta. Este é um exemplo de urgência baseada na vulnerabilidade, compatível com as recomendações da PNH.

No que se refere ao perfil clínico do que deve ser atendido em cada equipamento de saúde, os discursos apontaram falas diversificadas. A maior parte dos profissionais de nível superior demonstrou consenso com relação às questões clínicas que deveriam ser atendidas pela Atenção Básica, caracterizando como situações que não oferecem risco de vida para os usuários, conforme exemplificado pelas falas a seguir:

“(...) a gente vai tentar atender as urgências, uma diarreia, febre, vômito, urticária, uma alergia... coisas que a gente pode reverter que não é risco de morte para o paciente (...)” Enfermeiro_amarelo_7

“Nem azul e nem verde deveriam ser da UPA, caberia a gente atender.”
Médico_amarelo_11

Para a UPA caberiam às situações que envolvem riscos iminentes de morte para os usuários, exemplificado em uma das falas:

“(...) Ah seria algo como o cara estar infartando, estar tendo um AVC vai para a UPA porque é um risco de morte e vai ser atendido para tentar reverter o quadro (...)
Enfermeiro_amarelo_7

Nas falas apresentadas acima os profissionais atribuem à Atenção Básica a responsabilidade de atender somente as situações de baixo risco. Porém, conforme discutido no Capítulo I, o Ministério da Saúde apresentou no Caderno de Atenção Básica nº 28 que, no que se refere aos tipos de atendimento, as demandas espontâneas na ESF podem envolver situações não agudas e situações agudas que incluem urgências de maior complexidade (ex.

dificuldade respiratória grave, convulsão, parada cardiorrespiratória). Compreende-se que as urgências de maior complexidade serão manejadas de forma mais confortável na UPA devido à infraestrutura e maior familiaridade com as situações de emergência da equipe assistencial, porém os profissionais da ESF precisam estar preparados para atender qualquer situação de emergência.

Outra fala de um enfermeiro reforça o descompasso entre a opinião dos profissionais e as recomendações do Ministério da Saúde:

“(...) eu acho que a estratégia não deveria fazer suturas. Algumas suturas a gente tem que fazer por que a UPA não faz. Paciente com alguma dor que precisa fazer medicação venosa, por exemplo, também acho que não deveria ser feita na ESF, teria que ser na UPA (...)”. Enfermeira_ azul_3

Contrariando a fala descrita acima, as suturas, quando envolvem traumatismos superficiais, são consideradas procedimentos ambulatoriais compatíveis com a complexidade dos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Já com relação a administração de medicamentos por via endovenosa, o Caderno de Atenção Básica nº 28 volume II aponta a indicação de inúmeras recomendações para terapia endovenosa (ex. crise de asma, crises hipertensivas severas, reidratação, dor). Porém vale destacar que com relação aos quadros de dor severa os medicamentos opióides (ex. morfina), não se encontram no escopo de medicações para a Atenção Básica descritos da RENAME¹⁴ 2018, o que pode ser um limitador

para determinados casos, limitando a resolutividade da ESF (ex. os portadores de neoplasias).

Apesar das divergências dos profissionais sobre o papel da ESF na atenção às urgências, algumas falas apontaram que muitos usuários mesmo em condições clínicas com indicação para UPA, na opinião dos profissionais, preferem se direcionar para as unidades básicas como referência. Isto demonstra que há um importante vínculo entre os profissionais e usuários, sendo um dos atributos fundamentais para o fortalecimento Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS.

“(...) ele estava mal, estava taquidispnéico, mas ele procura a gente como referência.” Médico_ azul_5

“(...) uma pressão muito alta eu acho que ela deveria ir direto para a UPA. Mas como ela tem vínculo aqui na clínica ela vem para a clínica.” ACS_ amarelo_2

¹⁴ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um elemento técnico-científico do Ministério da Saúde e que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS. Fonte: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rewrite>>. Acesso em 01/02/2019.

Outra perspectiva é destacada por um ACS, onde os próprios profissionais da ESF preferem manter os usuários na unidade ao invés de encaminhar para UPA devido ao grande vínculo estabelecido com os usuários.

“(...) os profissionais têm noção da classificação do paciente, mas eles acabam criando um vínculo tão grande com o próprio paciente que eles talvez não deixem ele ir para a UPA. (...) ele já gruda ali, é seu porto seguro (...)” ACS_azul_8.

Os médicos apontaram que muitos usuários mesmo em condições clínicas com indicação para UPA preferem se direcionar para as unidades básicas como referência. Isto demonstra que há um importante vínculo entre os profissionais e usuários, sendo um dos atributos fundamentais para o fortalecimento Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS.

“(...) ele estava mal, estava taquidispnéico, mas ele procura a gente como referência (...)” Médico_azul_5

Esta questão do vínculo entre profissionais e usuários também foi reforçada na fala de um ACS:

“(...) os profissionais têm noção da classificação do paciente, mas eles acabam criando um vínculo tão grande com o próprio paciente que eles talvez não deixem ele ir para a UPA (...)” ACS_azul_8

Um estudo recente realizado no município do Rj evidenciou forte inter-relação entre o vínculo e demais atributos, como porta de entrada principal, integralidade e coordenação do cuidado, atributos que expressam um modelo de APS abrangente, universal, efetivo (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Desta forma o forte vínculo com os usuários apontados pelos profissionais da ESF de Manginhos nos parece promissor para o fortalecimento da Atenção Básica local.

Em contrapartida, apesar do vínculo dos usuários com a ESF um médico destacou que alguns usuários preferem os serviços de urgência como porta de entrada, pois são atraídos pelo acesso facilitado às tecnologias duras. Nos serviços de urgência a lógica do atendimento é focada na queixa-conduta, e os profissionais que atuam nestes serviços utilizam mais os recursos tecnológicos disponíveis. Mesmo não sendo a porta de entrada preferencial do SUS, na percepção dos profissionais da ESF os serviços de urgência podem ser uma opção interessante para alguns usuários que precisam otimizar o tempo para resolução de suas demandas.

“(...) ele vai direto na UPA porque lá eles vão pedir uma chapa e um hemograma. As vezes nem sabe o que ele pediu, não entende, mas tem uma característica talvez um pouco mais intervencionista de exame complementar que para algumas situações é interessantes para o paciente (...)” Medico_azul_3

Além disso, os profissionais de forma geral, relataram ter a sensação de que os usuários desconhecem a diferença entre UPA e ESF, sendo assim que não sabem ao certo onde devem ser atendidos. Neste aspecto deve-se levar em consideração que a expansão da atenção da ESF no território de Manguinhos e a inserção das UPA são relativamente recentes e que a preferência da população é justificável.

Um médico destacou que diante de situações clínicas de maior gravidade fica nítido para os usuários para onde eles devem se dirigir (UPA e/ou hospital), porém nas questões de urgência de baixo risco o critério que define a escolha entre UPA e ESF é a facilidade de acesso.

“(...) o usuário não tem muito essa noção. (...) se acontece um trauma ou um acidente está claro para ele que é para UPA ou para um hospital de grande porte, mas se sente uma dor de cabeça, um enjoo, um vômito, uma crise hipertensiva, uma crise de asma eles querem ser atendidos onde é mais perto.” Médico_amarelo_11

E essa facilidade de acesso está diretamente relacionada a decisão dos usuários de onde eles acham que suas necessidades serão mais rapidamente atendidas.

“(...) ele faz essa avaliação da rede (...) Aonde eu vou ser mais rapidamente atendido? Então também tem isso, o usuário conhece melhor a rede do que qualquer um de nós. Ele vai entrar onde ele acha que é mais fácil” Médico_azul_8

Além disso, os usuários a todo o momento avaliam a forma como experimentam o acesso nos serviços de saúde, e experiências negativas são percebidas como filtros que determinam suas preferências. Desta forma, quando o usuário possui a opção de recorrer a mais um tipo de serviço (ESF ou UPA) sua decisão vai além das questões clínicas, sendo a experiência anterior um dos determinantes da sua escolha.

“(...) o que eu percebo também é que muitos usuários tem uma experiência negativa e aquela experiência negativa é motivo para ele nunca mais procurar...” Enfermeiro_amarelo_7.

A forma como se dá a relação usuário-profissional de saúde pode ser determinante para a definição das escolhas dos usuários quando necessitam dos serviços de saúde. Sobre este aspecto um estudo apontou que a forma como os usuários são tratados constitui-se um

critério de julgamento da qualidade dos serviços de saúde que se sobrepõe a qualidade técnica (ARRUDA; BOSI, 2017).

2- PROCESSO DE TRABALHO DAS UNIDADES DE ESF PARA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO EM MANGUINHOS

Acerca do processo de trabalho, foi destacado nesta pesquisa a forma com os profissionais organizam o acesso dos usuários, como instituem o acolhimento, como estabelecem a relação entre demanda espontânea e demanda programada e como se dá a integração da ESF com a UPA.

Se o atendimento à saúde for compreendido em fases, o acesso se constitui como a primeira a ser superada pelo usuário na busca de atendimento para a resolução de problemas ou satisfação de alguma necessidade dentro do SUS (LIMA; ASSIS, 2010). Seguindo a mesma lógica o acolhimento poderia ser considerado a segunda, a concretização do atendimento (DE ou DP) a terceira e a quarta a referência para outros níveis de atenção quando necessário.

O acesso pode ser relacionado às diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, como localização da unidade de saúde, horários e os dias em que cada unidade atende possibilidade de atendimento de DE e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos (ASSIS; JESUS; 2012).

De forma geral foram identificados 3 formas de garantir o acesso dos usuários de demanda nas unidades de ESF de Manguinhos: acesso avançado, agendamento diário e agendamento semanal. O agendamento mensal também ocorre, porém está relacionado às consultas de acompanhamento já previstas (ex. doenças crônicas e acompanhamento gestacional).

Na CFVV algumas equipes relataram trabalhar com o acesso avançado há 5 anos, porém não foi uma estratégia que funcionou para toda unidade. Os profissionais da CFVV consideram como acesso avançado a absorção de toda a demanda espontânea que procurar a unidade durante o horário de funcionamento da unidade, agendando para outro momento apenas para os casos de demandas administrativas se a unidade estiver muito cheia.

Sobre o acesso avançado a literatura (ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011) descreve como sendo uma modalidade de acesso, na qual aos usuários devem ser atendidos preferencialmente dentro de 24 horas, seja por uma demanda de urgência ou de rotina, modalidade amplamente difundida no Reino Unido e em grande parte dos EUA. É função do acesso avançado busca reduzir o tempo de espera dos usuários para uma consulta, melhorar a continuidade dos cuidados e diminuir as faltas nas consultas de demanda programada. Por outro lado, o acesso avançado é difícil de implementar, podendo reduzir a continuidade dos

cuidados e deixar os usuários portadores de condições crônicas sem o devido acompanhamento (ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011). Outra forma de organização descrita foi o agendamento diário, onde o usuário deve chegar às 7h na unidade para ser encaixado ao longo do dia. São disponibilizadas em média 12 vagas por turno/equipe. Nesta lógica de atendimento diário 3 atendimentos são reservados para demandas programadas (retornos de pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas). O agendamento diário se difere do acesso avançado por definir o quantitativo de atendimentos e por determinar o horário de chegada dos usuários para conseguirem vaga.

O agendamento semanal foi outra forma de organização das agendas identificada na CFVV. Neste tipo de agendamento é determinado o dia da semana específico no qual os usuários devem comparecer a unidade para agendarem consultas programadas para a semana seguinte. Mesmo com o agendamento semanal, diariamente há vagas para as demandas espontâneas, porém sem a garantia de atendimento caso não haja mais vagas, sugerindo que os usuários cheguem cedo a unidade.

Com relação ao horário de funcionamento da ESF, para os usuários que trabalham em horário comercial, as unidades que funcionam no horário tradicional de 7:00 as 17:00 podem dificultar o acesso aos usuários que trabalham (FRANCO; et. al., 2012). Na tentativa de absorver a população que não consegue acessar a clínica da família devido às questões de horário de trabalho, a CFVV assumiu o horário estendido de segunda a sexta de 7:00h as 19h e sábado de 8:00h até as 12h. Porém, os profissionais não percebem esta estratégia como ampliadora de acesso da população que trabalha em horário comercial, uma vez que observam que os usuários são os mesmos que acessam nos demais horários.

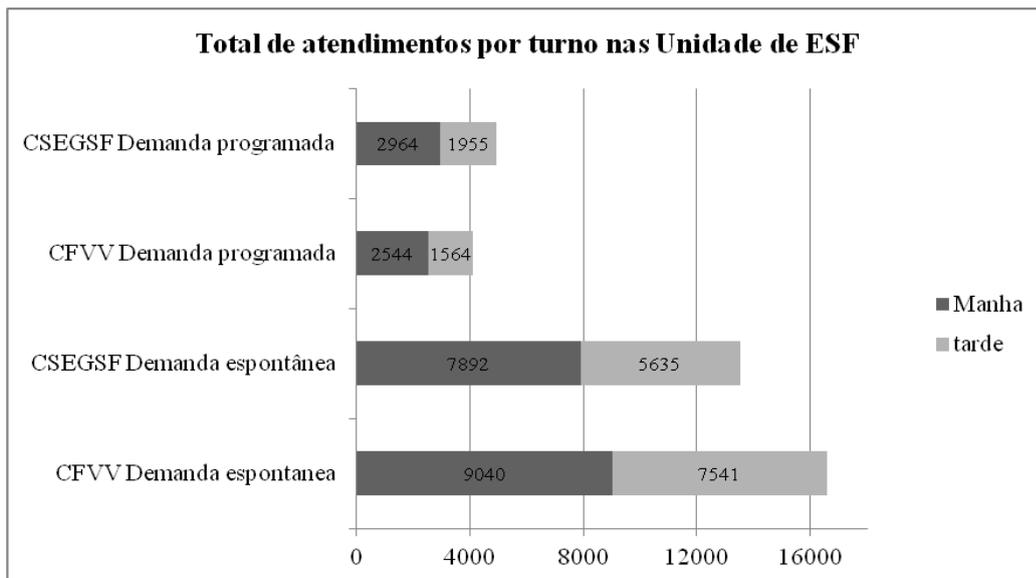
“(...) só vai lá no horário estendido quem já vai durante a semana e que não é trabalhador (...)” Enfermeiro_azul_3

No CSEGFS onde a unidade abre às 8h, as consultas são agendadas sempre a partir das 9h. Na primeira hora da manhã é feito o acolhimento dos usuários que se encontram na unidade e de acordo com as demandas são definidos os direcionamentos (atendimento para o mesmo dia, agendamento de retorno, liberação após orientação ou direcionamento para outra unidade). Os atendimentos de demanda espontânea que serão atendidos no mesmo dia também são feitos de acordo com a característica de cada equipe. Em algumas equipes os atendimentos de demanda espontânea são intercalados com os atendimentos já programados, já em outras foi relatado que primeiramente são atendidos os programados e posteriormente as demandas espontâneas, atendidas em ordem de chegada. Agendamento semanal também foi

citado como modelo de algumas equipes do CSEGSF. Com relação ao acesso avançado os profissionais do CSEGSF relataram que nenhuma equipe da unidade trabalha com este modelo e os ACS desconheciam a forma de funcionamento desta modalidade de acesso.

Observou-se que na fala dos profissionais a orientação para que o usuários de demanda cheguem cedo ocorre nas duas unidade de ESF. No figura 8 é apresentado a distribuição dos atendimentos de DE e DP por turnos. Foi evidenciado nas duas unidades que o turno da manhã atendeu maior volume de pacientes, tanto de demanda espontânea quanto de demanda programada. Apesar de ser expressivo o número de atendimentos de demanda espontânea no período da tarde, o turno da manhã ainda é o horário de maior procura dos usuários. Diante destes dados cabe às equipes avaliarem a organização do acesso para otimizar os turnos onde o volume de atendimento é menor para determinado tipo de atendimento.

Figura 8. Distribuição dos atendimentos por turno do CFVV e CSEGSF, Manguinhos, 2017



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e da CFVV, 2017

Outra questão que merece destaque é que ficou claro na fala dos profissionais que a forma de organizar o acesso não é estanque e que constantemente os modelos são modificados para buscar atender melhor os usuários e para adequar ao perfil da equipe. Os profissionais afirmaram que as mudanças são sempre pactuadas nas reuniões de equipe de forma participativa.

Sublinha-se que a descrição da forma de organização do acesso apresentada foi baseada na fala dos profissionais, podendo haver questões do cotidiano que através da metodologia deste estudo não foi possível identificar. De acordo com os mesmos há indícios

que o acesso ainda é burocrático na maioria das equipes, com traços dos modelos tradicionais como filas e horário definido para conseguir vaga, corroborando com outros estudos (FARIA; CAMPOS, 2012; LIMA; ASSIS, 2010). Porém nos pareceu positivo não ser mencionado agendamento mensal, apesar de não haver dados que apontem se os formatos utilizados conseguem dar conta das necessidades da população do território.

A segunda fase de atendimento é o acolhimento. Conforme já discutido no referencial teórico, em linhas gerais o acolhimento é a ferramenta facilitadora para garantir que a ESF se constitua como porta de entrada preferencial dos usuários no SUS (SOUZA; et. al., 2008).

No território de Manguinhos as unidades de ESF organizam o acolhimento pela equipe de referência do usuário, de modo similar às unidades da Rocinha e Complexo do Alemão analisadas em estudo recente (SOARES, 2017). Exceto às quintas-feiras à tarde, momento dedicado a atividades de educação permanente e/ou reuniões de equipe, quando o acolhimento é realizado por uma equipe de acolhimento do dia.

Segundo Norman e Tesser (2015), o modelo adotado pelas equipes de ESF de Manguinhos fortalece os vínculos entre usuário e profissionais e valoriza a longitudinalidade¹⁵, um dos atributos essenciais da Atenção Básica (NORMAN; TESSER, 2015). Além disso, os profissionais que acolhem seus próprios usuários já conhecem o contexto individual e coletivo no qual eles estão inseridos, sendo capazes de compreender melhor as demandas trazidas pela população.

No território de Manguinhos, segundo a determinação do município, os usuários, ao chegarem às unidades de ESF, são acolhidos nas baias de atendimento. Cada equipe tem sua baia devidamente identificada, localizadas na recepção e dispostas lado a lado. O responsável por acolher os usuários é o ACS. Os enfermeiros participam do acolhimento somente na primeira hora do turno da manhã, porém não é uma ação unânime em todas as equipes.

De acordo com a normativa vigente, o acolhimento constitui-se como uma das atribuições comuns a todos os profissionais da ESF:

“VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (...)” (BRASIL, 2017c item 4.1 do anexo I, do anexo XXII).

Com relação à participação dos profissionais no acolhimento, um médico reconhece

¹⁵ Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002).

que esta é uma ação de responsabilidade de todos da equipe:

“(...) na teoria o acolhimento poderia ser feito por qualquer um (...) qualquer profissional tem que estar apto para fazer a primeira escuta e dar uma orientação, uma resposta para a pessoa que chega (...) Médico_amarelo_6

Apesar de ser uma atribuição de todos, somente os ACS assumem majoritariamente esta função. E esta é uma questão que gera bastante insatisfação entre os ACS conforme exemplificado na fala a seguir:

“(...) a equipe toda tem que entender que o acolhimento é da equipe e não do ACS. Eu acho que isso ai é essencial.” ACS_azul_3

“E quando fala que o acolhimento é de toda a equipe eles nunca enxergam isso. Eles enxergam o ACS.” ACS_azul_16

Além da insatisfação, a responsabilidade pelo acolhimento causa muita insegurança aos ACS devido à falta de formação específica para atuar na identificação de riscos. O maior receio destacado pelos ACS é não saber o que fazer diante de uma situação de urgência, conforme apontado na fala a seguir:

“(...)E o grande entrucamento eu acho é receio de todos os agentes de saúde, é lidar com as emergências. Porque dá insegurança (...)Porque a gente atende emergência, mas não tem fluxo para emergência (...).”ACS_azul_16

Nas duas unidades de ESF há técnicos de enfermagem compondo as equipes. No CSEGSF estes profissionais ficam lotados na sala de procedimento, ECG, vacina, dando suporte ao acolhimento quando solicitado. Na CFVV os técnicos de enfermagem revezam as atividades (ex. apoio no acolhimento, sala de procedimento, ECG, vacina, coleta de exames), sendo previsto a permanência de um técnico na recepção para suporte ao acolhimento. Porém, estes profissionais não foram destacados pelos ACS como apoio, o que sugere que os ACS não os reconhecem como suporte técnico no acolhimento.

Conforme destacado no estudo de SOARES, a SMS-RJ não determina a classificação de risco como elemento prioritário para as unidades de ESF do município (SOARES, 2017). Desta forma, não há na unidade um protocolo para classificar as demandas, apesar de sugerido em diversas publicações oficiais do Ministério da Saúde (PNH e no volume I do Caderno de Atenção Básica nº 28). Diante disso, as equipes de ESF de Manguinhos avaliam os riscos e vulnerabilidades de acordo com seus conhecimentos e vivências práticas, o que justifica a legítima sensação de insegurança dos ACS. Outros estudos também evidenciaram a ausência de protocolo de avaliação de riscos em unidades de ESF (FARIA; CAMPOS, 2012; HERMIDA; et.al., 2016; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017)

Apesar de não haver um protocolo definido foi destacado pelos ACS que a equipe técnica (médicos e enfermeiros) participa do processo decisório acerca do direcionamento dos usuários, sendo acionada pessoalmente ou via *skype*¹⁶. A utilização do *skype* foi descrita pela CFVV como ferramenta facilitadora para a comunicação entre os ACS e a equipe técnica. O CSEGSF também possui *skype*, porém não o utiliza por preferência das equipes. Ao que parece, o suporte da equipe técnica não tem sido suficiente para reduzir a insegurança dos ACS, e adicionado a isso esbarram com o descrédito atribuído pelos usuários a esta categoria profissional:

“O problema maior é que a gente fica ali no acolhimento e as pessoas não entendem quando a gente fala. O que a gente precisava era de uma pessoa de jaleco branco (...) Porque se tiver uma enfermeira ali na frente para fazer essa triagem eles vão entender (...)” ACS_azul_3

“(...) no início da manhã que os enfermeiros estão no acolhimento funciona muito melhor que no restante do dia. Porque eles têm uma escuta melhor, eles têm uma visão melhor para poder classificar aquela pessoa de algum modo (...)” ACS_azul_13

O despreparo dos ACS no acolhimento pode comprometer a equidade no acesso a ESF ao estabelecer como critério de atendimento a ordem de chegada dos usuários, contrariando os princípios do SUS, da Atenção Básica e da PNH. Esta questão foi apontada por um ACS, conforme apresentado na fala a seguir:

“Com o enfermeiro no acolhimento a gente tem isso mais esclarecido (...) agora se eu estiver ali na frente sozinha vai ser por ordem de chegada e se alguém chegar passando muito mal e se for mais sério eu vou ter que chamar eles” ACS_azul_16

Mesmo que a participação dos ACS no acolhimento seja prevista nas normativas vigentes, é fundamental a capacitação destes profissionais. Além disso, os demais profissionais da equipe precisam ser estimulados a participar mais ativamente do acolhimento.

Além da questão da organização, outras limitações podem influenciar na qualidade do acolhimento. Um estudo realizado em 2014 analisou os dados do PMAQ-AB (componente avaliação externa) acerca do acolhimento e apontou que mais da metade das equipes referem não ter condições adequadas para realizar o acolhimento (disponibilidade de sala específica; existência de protocolos para acolhimento e capacitação dos profissionais para essa atividade); e apenas 21,1% das equipes informaram desencadear ações a partir do acolhimento

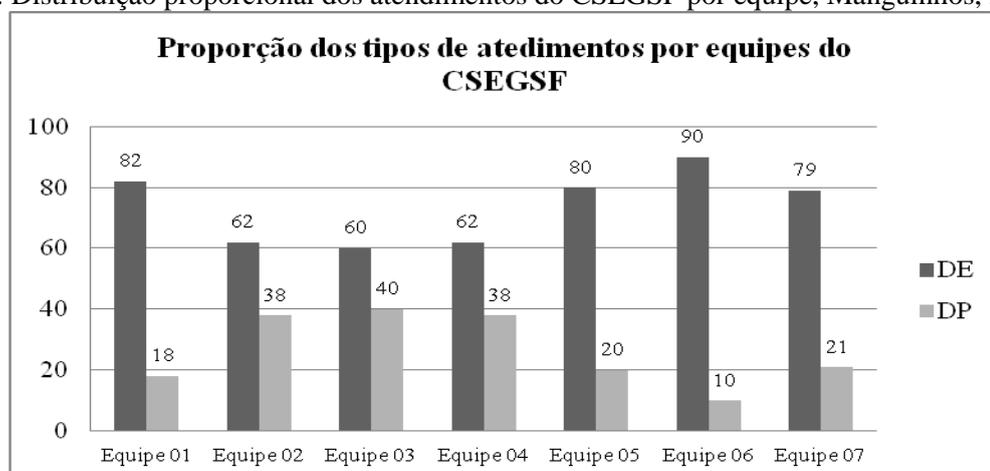
¹⁶ Skype: é um programa livre da empresa Microsoft, que possui recursos de mensagens de texto, voz e vídeo, necessitando de conexão com a internet para funcionamento do programa que pode ser instalado no computador ou celular. Fonte: <<https://www.skype.com/pt-br/about/>>. Acesso em: 14/02/2019.

(ALVES; et. al., 2014). A falta de local adequado para acolher os usuários também foi apontada em outras pesquisas (BREHMER; VERDI, 2010; AZEVEDO; COSTA, 2010; HERMIDA; et. al, 2016). As limitações apresentadas nestes estudos são similares às encontradas nas duas unidades de ESF no território de Manguinhos: a indisponibilidade de sala específica para o acolhimento (atualmente realizado em baias localizadas na recepção das unidades comprometendo o sigilo e privacidade dos usuários), ausência de protocolo para o acolhimento e a capacitação da equipe.

A terceira fase do atendimento à saúde se constitui na concretização da consulta, que pode ser programada (demanda programada) ou espontânea (demanda espontânea). Articular as demandas espontâneas (DE) e as demandas programadas (DP) corresponde a um dos principais desafios da ESF. Analisar a relação entre DE e DP nas unidades permite compreender como é feita a organização de trabalho das equipes e permite identificar a forma como a população procura o serviço (SOARES, 2017).

Para melhor compreender a organização do processo de trabalho das unidades de ESF, foi realizada a análise da relação DE e DP por equipe. No CSEGSF onde a média de atendimento de DE foi de 73%, mais da metade das equipes (4) atendeu acima da média da unidade, variando entre 79% a 90%. Nas demais equipes (3) o percentual foi de aproximadamente 60%, inferior à média, conforme apresentado na figura 9. Estes dados sugerem que as equipes na mesma unidade podem ter diferenças na forma de acesso dos usuários, com priorização do atendimento de DE mais expressiva em algumas equipes que em outras.

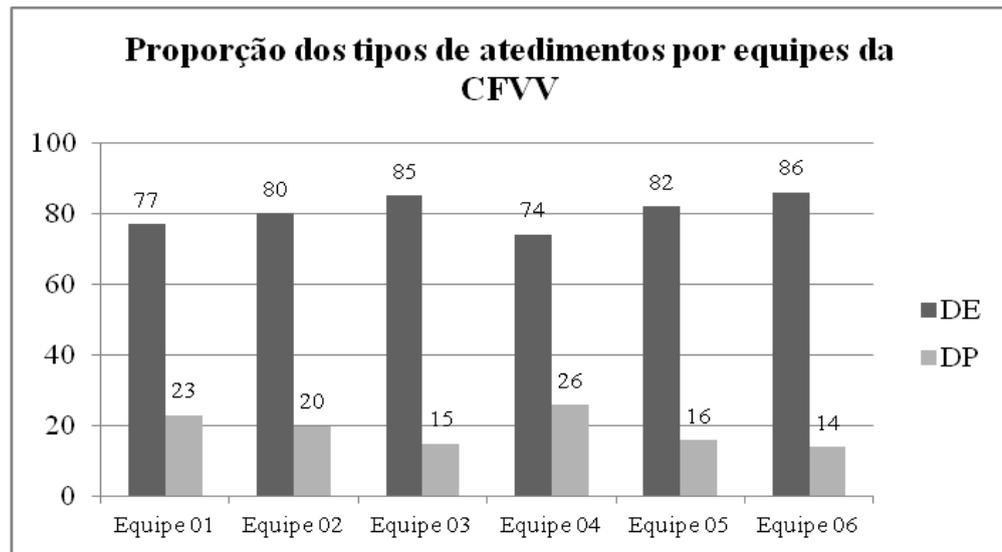
Figura 9. Distribuição proporcional dos atendimentos do CSEGSF por equipe, Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF, 2017

Já na CFVV não houve tanta variabilidade no atendimento de DE e DP entre as equipes em comparação ao fenômeno observado no CSEGSF, conforme apresentado na figura 10. Estes dados sugerem maior uniformidade na organização do processo de trabalho entre as equipes da CFVV.

Figura 10. Distribuição proporcional dos atendimentos da CFVV por equipe, Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CFVV.

Sendo, assim, mesmo com a variabilidade entre as equipes, o volume de atendimentos de DE foi superior ao de DP nas duas unidades analisadas. E este aumento na DE em relação a DP também foi identificado na fala dos profissionais participantes, validando os dados secundários obtidos.

A literatura aponta que a valorização de uma das formas de atendimento (DE ou DP) reflete diretamente no modo como os usuários acessam o serviço. Diversos autores apontam que os fatores que influenciam na organização entre DE e DP nas unidades de ESF estão relacionados à preferência da equipe na organização das agendas, por determinação da gestão para alcance de metas ou por demanda da população (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010; FARIA; CAMPOS, 2012).

No caso de Manguinhos, que possui as unidades de Atenção Básica sob a gestão da mesma O.S, a variabilidade na relação DE x DP entre as equipes não parece estar relacionada a uma diretriz macropolítica, podendo estar relacionado à preferência das equipes ou por demanda da população.

A insatisfação com absorção dos atendimentos de DE pela ESF foi evidenciada na

fala dos profissionais, que na percepção deles, a DE modifica a lógica da Atenção Básica, conforme apresentado a seguir:

“(...) quando foi proposto este modelo da ESF a gente trabalharia com promoção e a prevenção à saúde né, não seria urgência. E daí modificou tudo (...)”
Enfermeiro_amarelo_6

“Eu acho que a Atenção Básica perdeu a finalidade. (...). Então hoje a ESF não faz mais promoção e prevenção, hoje acabou, você é tudo, menos promoção e prevenção (...)” ACS_amarelo_3

A literatura aborda a questão da DE e DP trazendo a discussão do quanto os serviços se aproximam ou se distanciam dos princípios da Atenção Básica ao valorizar uma das formas de acesso dos usuários. Alguns autores defendem que quando o foco da ESF está na DE em relação à DP, pode reproduzir o modelo biomédico trazendo a lógica dos serviços de urgência para a Atenção Básica (LIMA; ASSIS, 2010; COSTA; et. al., 2013; AMARAL; ABRAHAO; PINA, 2015). Já outros estudos reforçam que o foco apenas na DP pode limitar o acesso dos usuários nas unidades de ESF (SANTOS; et. al., 2012; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Em linhas gerais, grande parte dos profissionais considera o atendimento de DE como uma ação que atrapalha a rotina das unidades e sobrecarrega os profissionais. Alguns demonstram que até gostariam de absorver mais as DE, porém se sentem sobrecarregados devido ao excesso de população adscrita em suas equipes:

(...) idealmente eu gostaria de atender todas as demandas da população que é adscrita da minha área assim... Mas no dia a dia a gente vê que não é possível. Não é possível porque a gente fica sobrecarregado. Talvez se a gente tivesse 1000, 1500 pacientes teria bastante vaga para atender todo mundo de demanda” Médico_azul_2

Outros profissionais relataram que os atendimentos DE alteram a rotina das unidades, impedindo que as atividades programáticas sejam realizadas, corroborando com outros estudos (SISSON; et. al, 2011).

“(...) por que a gente não consegue fazer promoção e prevenção à saúde. (...) a gente só trabalha com atendimento, atendimento, atendimento...um atrás do outro e o que é proposto mesmo a gente não consegue fazer. Isso é muito ruim.”
Enfermeiro_amarelo_6

No entendimento dos profissionais os usuários com demandas reprimidas oportunizam a DE para solucionar problemas além da queixa atual. Porém, na fala dos participantes é possível identificar que mesmo com o grande volume de atendimentos o olhar dos

profissionais da ESF não está somente na queixa apresentada pelos usuários.

“(...) o tipo de consulta é diferente, é mais ambulatorial, tudo é mais detalhado, não se vê só o caso: ah tá com dor? Passa o remédio para dor. E as vezes quer saber da família, o que está acontecendo, porque que chegou essa dor...é uma coisa que demora mais (...)” ACS_azul_6

“(...) as vezes a demanda dele, a queixa é uma dor de cabeça crônica ou uma febre naquele momento e quando ele está no consultório ele aborda outras questões e ai ele sai dali com um encaminhamento. Então de uma consulta de demanda faz uma consulta completa (...)” ACS_azul_20.

A fala de um médico demonstrou que mesmo diante das dificuldades, um profissional comprometido com o propósito da ESF pode buscar incluir ações de prevenção/promoção nos atendimentos de DE, oportunizando a presença do usuário na unidade:

“(...) eu acho o maior desafio é você conseguir oportunizar e fazer o que em princípio é prevenção, promoção com paciente de demanda espontânea. (...) 53 anos e no meio do atendimento você rapidinho: ah, você já faz mamografia de rastreio em algum momento? Já estava na época sabia? Ah, posso pedir aqui? E ai você acaba oportunizando...(...)” Médico_azul_3

A fala deste médico reforça a potência da DE em buscar atender as necessidades dos usuários, sejam elas relacionadas ou não com a queixa trazida inicialmente. Quando os profissionais otimizam os atendimentos, seja DE ou DP, buscando garantir ações de prevenção, tratamento e acompanhamento, fortalecem a constituição da ESF como serviço de procura regular da população (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Desta forma, se a ESF pretende ser a principal porta de entrada do SUS faz-se necessário promover inclusão e facilitar acesso, integrando cuidado e prevenção/promoção e viabilizando um trabalho centrado no usuário (NORMAN; TESSER, 2015).

Outro médico também reconhece a importância da demanda espontânea como oportunidade de ampliar o acesso dos usuários, conforme apresentado na fala:

“(...) a gente vai vendo que quanto mais você abre a porta e faz menos agenda programática mais você garante acesso ao paciente (...), agenda programática limita o acesso (...)”. Médico_amarelo_7

Diante disso, cabe às equipes através de uma gestão participativa (reuniões e fóruns de discussão na unidade) analisar as características da população da área de abrangência e os motivos de procura dos usuários, buscando assim definir qual a melhor maneira de atender as necessidades do território. Neste contexto, a participação social é extremamente importante

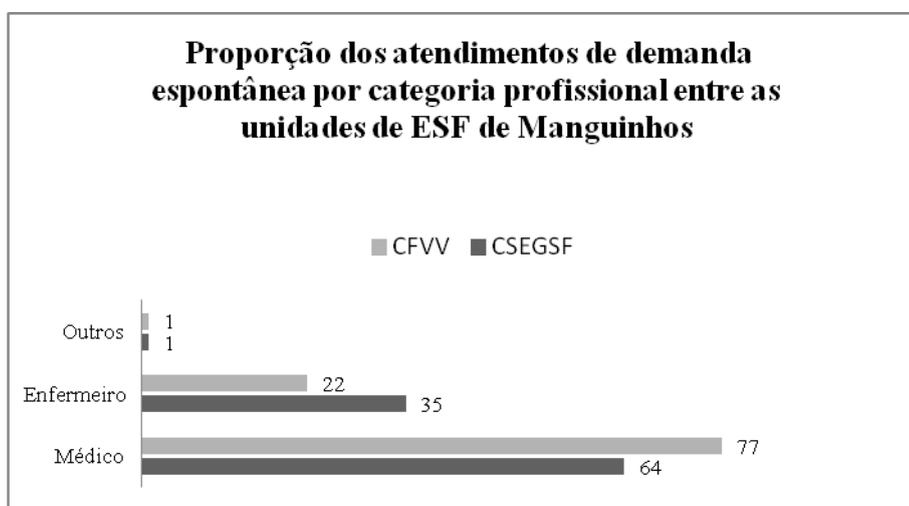
para compreender as expectativas e reais demandas da população, porém a inclusão dos usuários nos processos decisórios sobre acesso ainda é incipiente nos serviços conforme destacado por um médico:

“(...) a gente nunca conseguiu de fato colocar para a população: vamos discutir qual a melhor forma de acessar a clínica? (...)”. Médico_azul_1

Apesar dos desafios, a participação social é fundamental nos processos decisórios sobre a organização dos serviços e pode ainda potencializar o vínculo e a corresponsabilização na saúde dos usuários (COSTA; et. al., 2010; LIMA; ASSIS, 2011).

No que tange aos atendimentos por categoria profissional, observou-se nas duas unidades, que o atendimento de DE é mais direcionado para o médico do que para o enfermeiro. A participação de outros profissionais no atendimento a DE foi quase insignificante. (Figura 11).

Figura 11. Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea por categoria profissional da CFVV e do CSEGSF, Manguinhos, 2017.



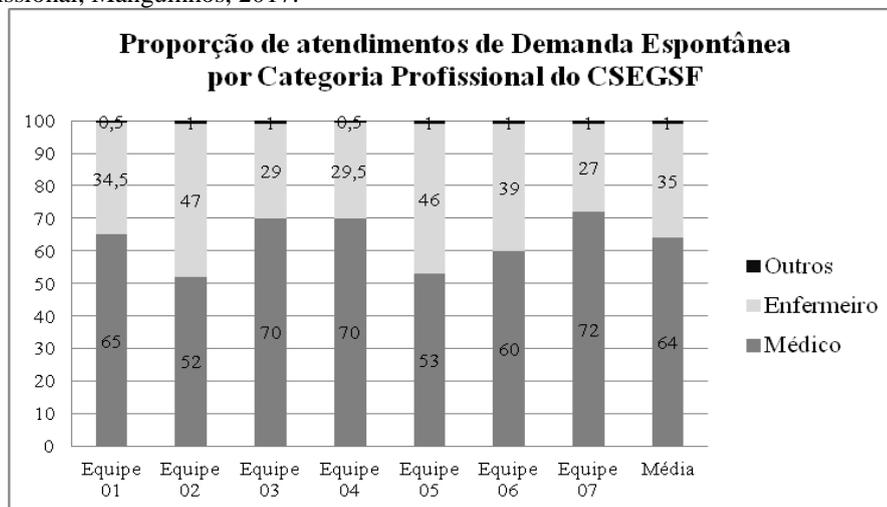
Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e da CFVV.

No CSEGSF 64% (n.8665) dos atendimentos foram realizados pelo médico de família e 35% pelo Enfermeiro (n.4788). Já na CFVV 77% (n. 12.764) foram realizados pelos médicos de família e 22% (n. 3669) pelo Enfermeiro. Nas duas unidades os atendimentos realizados pelo NASF representaram apenas 1%.

Analisando individualmente cada equipe do CSEGSF (figura 12), observou-se que em apenas 2 equipes (equipe 2 e equipe 5) não houve diferença significativa entre o número de atendimentos entre os médicos e enfermeiros (<15%), que pode ser explicado pelo período de

ausência de médico no qual o enfermeiro assumiu mais atendimentos de DE.

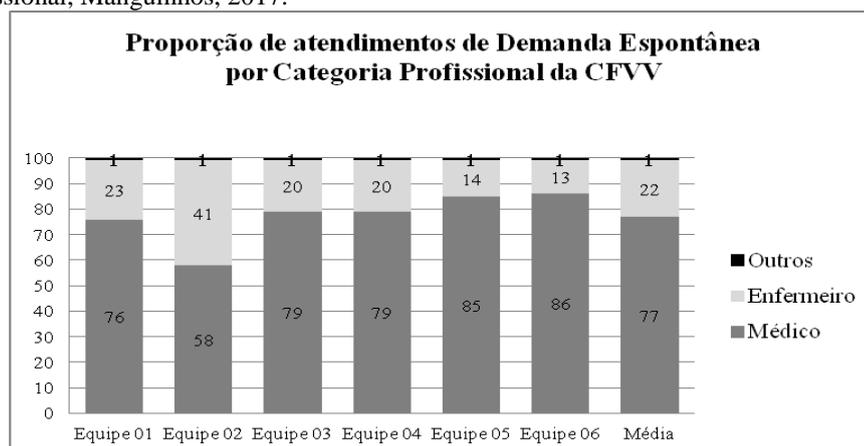
Figura 12.. Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea das equipes do CSEGSF por categoria profissional, Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF.

Analisando individualmente as equipes da CFVV (figura 13), nota-se que em apenas 1 equipe os atendimentos realizados pelo enfermeiro foi superior a 40% (equipe 2). Em duas equipes os enfermeiros atenderam menos de 15% das demandas espontâneas (equipe 5 e 6).

Figura 13. Distribuição proporcional dos atendimentos de demanda espontânea das equipes da CFVV por categoria profissional, Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com informações extraídas do banco de dados do CSEGSF e da CFVV.

Outros estudos também apontaram que grande parte dos atendimentos de DE eram direcionados para o atendimento médico (LIMA; ASSIS, 2010; FARIA; CAMPOS, 2012). Há uma tendência permanente e persistente da centralidade na consulta médica, porém a ideia do acolhimento a DE é desvincular do médico o papel de único protagonista do cuidado,

buscando ampliar a inserção do conhecimento de outros profissionais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012b; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Mas nem sempre a inserção de outros profissionais para atendimento da DE é possível, seja pela disponibilidade de profissionais ou pela demanda da população. Diversos estudos apontam que os usuários buscam ações curativas (consultas médicas, exames e medicamentos) (AZEVEDO; COSTA, 2010; COSTA; et. al., 2010; SANTOS; PENNA, 2013). Conforme discutido na introdução desta pesquisa, a cultura social da valorização do modelo biomédico ainda é fortemente presente na sociedade. Adicionado a isso, unidades que não dispõem de opções de atendimentos com participação de outras categorias profissionais perpetuam o valorização do atendimento focado na consulta médica.

A quarta fase de atendimento à saúde é a integração da ESF com outros níveis de atenção. Nesta pesquisa o foco de análise da integração se dá entre ESF e UPA. Na percepção dos profissionais das duas unidades ficou evidente que a integração entre as unidades de ESF e a UPA é um dos pontos críticos na organização dos serviços.

Após a avaliação inicial realizada na ESF, caso seja necessário referenciar o usuário para internação o direcionamento é feito pela Central Médica de Regulação via SISREG. No município do Rio de Janeiro os pedidos de internação da ESF são encaminhados para a UPAs antes de acessar o hospital. Uma vez definido o destino do usuário não foi evidenciado nenhuma forma de contato para detalhamento do caso e/ou informações adicionais pertinentes. Na pesquisa realizada por Soares, há a definição dos mecanismos de transferência de informação (contato telefônico, mensagens instantâneas e/ou guia de referência), destacando que são frequentes os contatos para discussão de casos, demonstrando integração entre os serviços (UPA e ESF) (SOARES, 2017). As unidades dispõem de prontuário eletrônico, porém ainda não integrados, o que reforça a importância em estabelecer uma comunicação mais efetiva para continuidade do cuidado nas transferências entre os níveis de atenção. A fragilidade na comunicação entre os serviços também foi apontada por outros estudos (AZEVEDO; COSTA, 2010; VIERA; GAZZINELLI, 2017)

No entendimento dos médicos da ESF, quando há a necessidade de referenciar para a atenção secundária é notório o descrédito dos profissionais da UPA acerca da avaliação do caso feita pela Atenção Básica. Esse descrédito é ratificado com o direcionamento dos pacientes encaminhados pela ESF para a classificação de risco como se tivessem acessado o serviço por meios próprios, invalidando a avaliação inicial feita pela ESF. Além de gerar um retrabalho para UPA, a reclassificação traz o sentimento de frustração para os médicos da ESF e torna a relação com a UPA uma etapa angustiante do processo de trabalho.

“A gente manda para UPA e o paciente vai para classificação de risco como se tivesse entrado sozinho pelo sistema. Ele começa do zero. (...)”. Médico_amarelo_7

“(...) toda vez que eu pedia vaga zero dava vontade de chorar (...). Você tinha que ir lá discutir, o cara iria passar por uma classificação de novo, para quicá o médico lá avaliar que era amarelo sabe... então para que eu atendi o paciente sabe?” Médico_amarelo_5

Em uma pesquisa recente sobre Regulação dos leitos no Município do Rio de Janeiro, gestores das UPA e do CER relatam graves inconsistências nas demandas de vaga zero da Atenção Básica, atribuindo este fenômeno a visão diferente sobre urgência entre os equipamentos de saúde (KONDER, 2018). Este dado reforça a importância da comunicação entre os serviços para discussão dos casos e maior uniformidade na definição das urgências entre os diferentes níveis assistenciais.

A contrarreferência da UPA para a ESF também é entendida como um nó pelos profissionais. Os enfermeiros destacam que há falta de clareza nos encaminhamentos tanto para os usuários que não sabem para onde devem ser direcionados, quanto para os profissionais das ESF que não tem acesso a nenhum registro do atendimento inicial feito pela UPA.

“É que eles falam: vai para a clínica da família. E o paciente na cabeça dele não tem essa clareza, ele vê escrito clínica da família e entra. Existem pacientes que nunca nem fizeram um cadastro em uma clínica, as vezes nem tem cobertura de clínica da família...” Enfermeiro_azul_4

“O que vem da UPA é um relato oral do paciente quando retorna para nós. A referência para nós é praticamente inexistente” Enfermeiro_amarelo_3

A dificuldade de interação entre os profissionais da ESF e da UPA foram apontadas por todos os sujeitos participantes da pesquisa. Inclusive entre a UPA e a CFVV que possuem o espaço físico integrado, o que teoricamente seria um facilitador para a garantia de uma relação entre as unidades devido à proximidade. Na fala de um médico da ESF, os profissionais têm dificuldade de compreender a lógica de funcionamento do serviço um do outro.

“É complicada a relação. A gente chega às vezes para passar um caso e a gente é visto como qualquer um, um médico do posto que não sabe nada e que está levando um caso que não é de urgência (...)”. Médico_azul_2

“Vou lá e tento entender o que o colega está passando né, o que é, qual a visão dele. (...) para ele entender qual é o meu trabalho, para ele entender que eu estou indo ali para levar um paciente com um caso bem discutido, bem elaborado de que a gente não está fazendo um trabalho porco... (...) eu acho que tem muito do nível individual mesmo da relação micropolítica...(...) os trabalhos são muito diferentes e para a gente também é difícil entender como eles funcionam (...)”. Médico_azul_8

Diante das falas dos profissionais ficou evidente a dificuldade na integração entre a UPA de Manguinhos e ESF. A coexistência entre UPA e ESF estudada por Soares apontou aspectos que a integração entre os serviços era positiva e apontando para melhores condições para a coordenação do cuidado (SOARES, 2017). Nas falas apresentadas a questão da dificuldade de integração envolve questões micropolíticas (relações entre os profissionais) e macropolíticas, relacionadas principalmente a necessidade de viabilização de formas de integrar os profissionais e estabelecer mecanismos para melhorar a comunicação entre os serviços.

3- CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DA UPA DE MANGUINHOS

Nesta seção vamos descrever os atendimentos numericamente por sexo, faixa etária e por diagnóstico e discutiremos a percepção de urgência dos profissionais entrevistados.

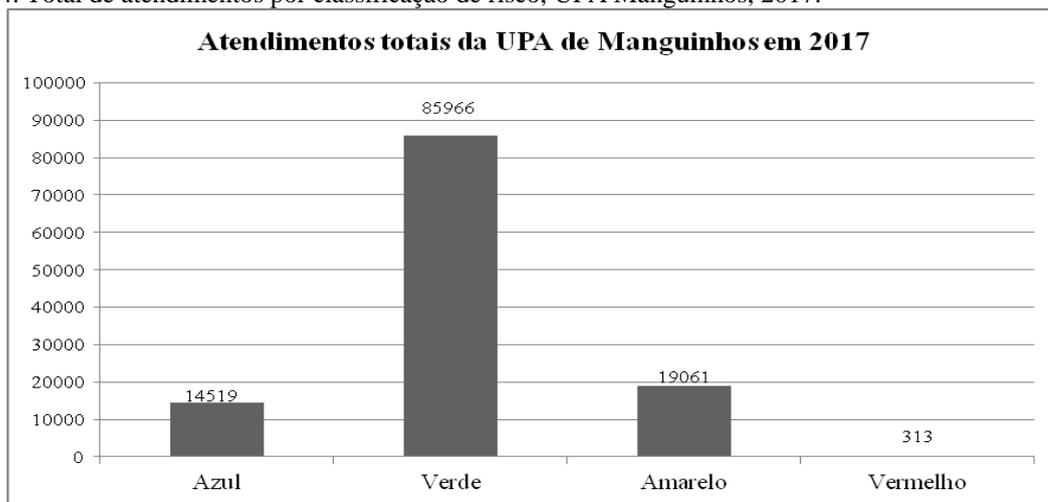
A UPA de Manguinhos atende qualquer usuário independente de seu endereço de origem. Em 2017 a unidade atendeu 119.859 usuários sendo 22% (n= 26.369) residentes de Benfica, 17% (n=20.376), do Jacaré e 15% (n= 17.979) de Manguinhos. Foram registrados usuários de São Cristóvão, Bonsucesso, Mangueira, Higienópolis, Ramos, Del Castilho e Inhaúma, totalizando 44% (n= 52.738) dos atendimentos. Usuários de outros municípios também foram atendidos na UPA de Manguinhos, correspondendo a 2% (n. 2.397) dos atendimentos totais. Destaca-se que por classificada como UPA Porte III a UPA de Manguinhos em 2017 atendeu o quantitativo esperado para sua capacidade.

Apesar de ser um território reconhecidamente violento, foi expressivo número de atendimentos de usuários procedentes de outras localidades. Isso pode estar relacionado à localização geográfica da UPA (próximo a grandes vias de acesso como Avenida Brasil, Leopoldo Bulhões e Av. Dom Helder Câmara) e a diversidade de transportes públicos disponíveis (trem, integração com metrô e ônibus). Na opinião dos profissionais entrevistados a procura é atribuída ao reconhecimento do bom atendimento da UPA e a precariedade do atendimento de saúde dos locais de origem.

“Vem muita gente de fora. Eles falam que aqui é uma UPA muito boa se comparada com as outras, eles fazem essa comparação de atendimento (...)”. Médico_UPA_4.

Dos atendimentos totais observou-se que os classificados como verdes e azuis somados corresponderam a 84% (n. 100.485), o que confere uma média de 275 atendimentos de baixo risco/dia. Já os atendimentos amarelos e vermelhos somados corresponderam a 16% (n. 19.3740) dos atendimentos, sendo assim uma média de 53 atendimentos graves/dia. Na figura 14 é possível observar a distribuição dos atendimentos por classificação de risco.

Figura 14. Total de atendimentos por classificação de risco, UPA Manguinhos, 2017.

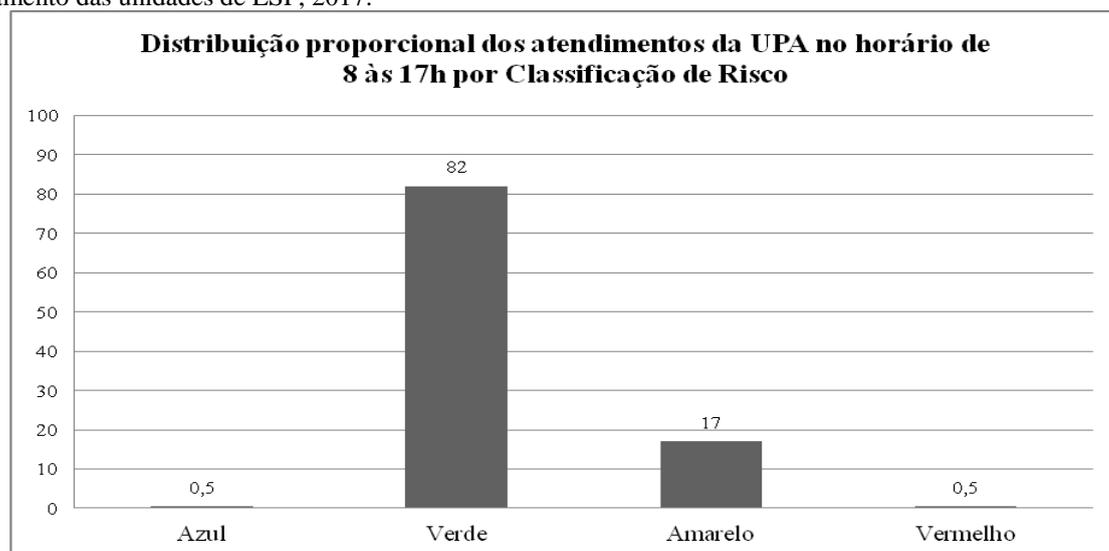


Fonte: Elaboração da pesquisa com base nos dados extraídos do prontuário eletrônico da UPA.

Para esta pesquisa selecionamos os atendimentos realizados de segunda a sexta no horário de 8h às 17h, mesmo horário de funcionamento da ESF (excluindo feriados) e que fossem de usuários residentes de Manguinhos.

Aplicando os critérios descritos acima, o total de atendimentos foi de 6.206, correspondendo em média a 24 atendimentos de usuários residentes de Manguinhos/dia. Destes a maioria foi de atendimentos classificados como verde com percentual de 82 % (n.5.091) seguido dos amarelos com 17% (n. 1.082) e de aproximadamente 1% somando os atendimentos vermelhos (n.22) e azuis (n.11), conforme apresentado na figura 15.

Figura 15. Distribuição proporcional dos atendimentos da UPA de Manguinhos registrados no horário de funcionamento das unidades de ESF, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com base nos dados do prontuário eletrônico da UPA Manguinhos

No discurso dos profissionais da UPA é apontado que o perfil dos usuários atendidos na unidade é considerado ambulatorial, com condições clínicas sensíveis à Atenção Básica.

“(...) muito do que a gente atende aqui poderia ser feito na unidade básica, a grande maioria. São poucos os atendimentos de emergência mesmo. A maioria a gente faz o atendimento da Atenção Básica.” Enfermeiro_UPA_04.

A fala dos profissionais confirma os dados obtidos, onde o maior volume de atendimentos registrados na UPA foi de fato de usuários de baixo risco (verde e azuis), corroborando com outros estudos (BARTIERI; et. al., 2017; DINIZ; et. al., 2014; MACHADO; et. al., 2015; PRUDENCIO; et. al., 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI; et. al., 2017b)

Houve concordância entre todos os sujeitos sobre o atendimento azul não ser atendido pela UPA, mas os atendimentos classificados como verde para a maior parte dos participantes é uma condição variável, onde alguns são legítimos para UPA e outros são específicos da ESF. De acordo com os profissionais o verde pode representar uma dor aguda que não está associada a risco de morte, mas pode ser atendida UPA. Em contrapartida, uma dor com um perfil mais crônico já teria indicação de ser atendida na Atenção Básica para melhor acompanhamento e investigação. Na UPA os atendimentos azuis não passam pelo atendimento médico sendo referenciados para a Atenção Básica.

“(...) o certo seria os pacientes azuis, principalmente serem atendidos na Atenção Básica. Eu acho que tem como dividir o verde. (...)” Enfermeiro_UPA_4

Apenas um profissional médico referiu que na sua opinião tantos os atendimentos azuis quanto verdes devem ser exclusivamente da atendidos pela Atenção Básica, como foi evidenciado em um estudo realizado em Minas Gerais. Neste estudo todos os usuários classificados como verde e azul são encaminhados para a atenção básica por intermédio do profissional do serviço social (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016).

Na fala de outra médica há o reconhecimento de que as urgências de baixo risco seriam melhor atendidas na ESF pela possibilidade de acompanhamento e um olhar mais amplo sobre o usuário. Porém, no que se refere às urgências de maior complexidade provavelmente a UPA oferece um atendimento mais adequado.

“(...) o nosso atendimento aqui tem que ser muito rápido, a gente acaba não dando atenção para o paciente quando ele não está com grau de risco no momento. Quando ele chega aqui com a pressão alta eu acho que ele vai ter um atendimento muito melhor que lá”. Médico_UPA_4.

Os profissionais destacam que a UPA proporciona uma resolução pontual das demandas trazidas pelos usuários, que apesar de garantir o acesso a uma consulta médica não soluciona o problema de forma definitiva, reconhecendo o papel fundamental da ESF na continuidade do cuidado.

“A vantagem é pela falha no sistema de saúde, porque o sistema não funciona (...) então aqui você simplesmente vai dar atendimento emergencial, você vai dar um pouco de benefício para o paciente, você vai tirar a dor, vai controlar a pressão, mas na realidade você não está fazendo tratamento nenhum (...) Ele sai daqui e vai na Clínica da Família e não vai conseguir agendar.” Médico_UPA_2

No que tange aos motivos de procura dos atendimentos dos casos classificados como verdes/azuis, foram encontrados 384 variações de CID registrados. Foram selecionados os 20 diagnósticos mais registrados na UPA no ano de 2017, sendo organizados dentro dos grupos de doenças segundo os capítulos do CID 10. Os 20 diagnósticos mais registrados corresponderam a 58% (n. 2.966) dos atendimentos verdes/azuis (n 5.102) e estão apresentados no quadro 10.

Quadro 10. Principais diagnósticos registrados nos atendimentos verdes/azuis da UPA, Manguinhos, 2017.

Capítulo do CID	Diagnóstico	n. registros	Total
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	M791	556	990
	M545	186	
	M255	131	
	M796	117	
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial	R05	425	675
	R101	88	
	R11	87	
	R07	75	
X- Doenças do Aparelho Respiratório	J00	269	655
	J039	149	
	J019	105	
	J011	71	
	J069	61	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	Y66	201	201
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09	102	102
XIV-Doenças do aparelho genitourinário	N39	76	76
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L299	73	73
XI- Doenças do Aparelho Digestivo	K293	71	71
VI- Doenças do sistema nervoso	G442	63	63
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências e causas externas	T794	60	60
Outros registros de CID		364	2136
Total de atendimentos verdes/azuis			5102

Fonte: Elaboração da pesquisa com dados extraídos do prontuário eletrônico da UPA de Manguinhos

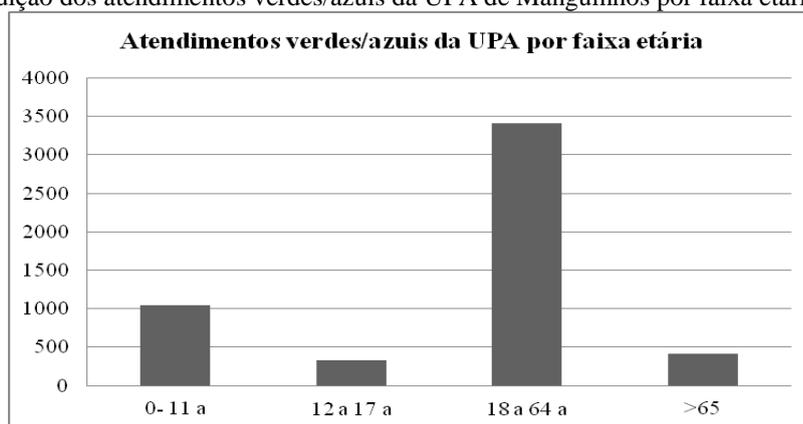
Diferente dos dados encontrados nas unidades de ESF, para cada atendimento da UPA apenas 1 CID era registrado. Sobre a proporção dos grupos de doenças registrados, 19% (n. 990) foram de doenças sistemas osteomuscular, em segundo lugar sinais e sintomas anormais com 13% (n 675) e com o mesmo percentual as doenças o aparelho respiratório (n. 655). Os demais grupos de doenças tiveram registro que representaram menos de 5% dos atendimentos. Vale destacar que entre as doenças do sistema osteomuscular, 56% foram referente ao CID M791 (mialgia). Já no grupo dos sinais e sintomas anormais 63% eram referentes ao CID R05

(tosse). Ambos os CID (M791 e R05) correspondem a questões amplas que podem estar relacionadas a diversas condições clínicas, o que demonstra que a UPA tem como foco a identificação e tratamento do sintoma sem ter necessariamente a preocupação na definição de um diagnóstico mais preciso.

Com relação ao gênero não houve diferença significativa, ao contrário dos dados encontrados nas unidades de ESF analisadas e em outros estudos sobre caracterização dos atendimentos em UPA, onde o gênero mais prevalente foi o sexo feminino (BARTIERI; et. al., 2017; DINIZ; et. al., 2014; GODOI; et. al., 2016)

Sobre a distribuição etária dos atendimentos verdes/azuis (figura 16), 65% (n. 3.315) dos atendimentos correspondentem aos adultos, seguido de 21% (n. 1.050) de crianças, 8% de idosos (n.409) e por último 6% (n. 328) de adolescentes. Destaca-se que a UPA de Manguinhos não possui pediatra para atendimento de baixo risco, e mesmo em condições clínicas não urgentes foi expressivo o número de atendimentos nesta faixa etária.

Figura 16. Distribuição dos atendimentos verdes/azuis da UPA de Manguinhos por faixa etária, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com nos dados extraídos do prontuário eletrônico da UPA de Manguinhos

Diferente do fenômeno observado nas unidades de ESF, os atendimentos de baixo risco corresponderam proporcional ao perfil populacional do território. Conforme já apresentado na pirâmide etária de Manguinhos, o maior volume populacional do território é de adultos, seguido de crianças e adolescente e em menor volume os idosos. Destaca-se que a representatividade dos idosos na UPA (8%) foi muito inferior ao observado nas unidades de ESF (CFVV 12% e CSEGSF 26%).

De acordo com os profissionais da UPA, os usuários relataram que o principal motivo para a procura da UPA é a falta de médicos e demora na marcação de consulta na ESF.

“(...) não tem médico na minha unidade da clínica da família, eu vou lá e só sou atendido por enfermeira, há meses que eu não vejo a cara do médico. E quando ainda tem médico as consultas só são marcadas para três, quatro meses depois (...)”
Relato do Médico_UPA_1 sobre a fala dos usuários.

“(...) tem um grande número de atendimentos que não deveriam ser feitos aqui na UPA (...). Mas muitos atendimentos acontecem porque não tem profissional na clínica da família, está faltando médico (...)”. UPA_Médico_2.

Além disso, alguns profissionais relataram que alguns usuários não possuem cadastro em nenhuma clínica da família ou até mesmo desconhecem este tipo de serviço. Já outros profissionais acreditam que os usuários possuem o conhecimento sobre a UPA e a Clínica da Família, porém não sabem diferenciar em que circunstâncias eles devem procurar cada unidade.

“Eles não têm muito esse conhecimento da clínica da família, tem uns que não sabem nem o que é, onde é ... a gente orienta para ver se eles conseguem entender. Alguns pacientes nem são cadastrados (...). Médico_UPA_4

Outros profissionais apontaram que os usuários procuram a UPA por não concordarem com questões relacionadas ao processo de trabalho das unidades de ESF. Para um enfermeiro os usuários descredibilizam o atendimento feito pela Atenção Básica tendo maior confiança nos profissionais da UPA. Já um médico destaca que os usuários não consideram a consulta pelo enfermeiro da ESF como um atendimento, valorizando apenas o atendimento realizado pelo médico de família.

“Parece que eles acham mais prático virem para a UPA. (...) ou não confiam, não sei...ou medo, insegurança de não levar fé no trabalho da clínica da família (...)”
Enfermeiro_UPA_1

“(...) algumas vezes eles são atendidos pela enfermagem, eles reclamam que não passam pelo médico passam só pela enfermagem (...)”. Médico_UPA_2

4- PROCESSO DE TRABALHO PARA A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO NA UPA DE MANGUINHOS

Sobre o processo de trabalho na UPA, foi destacado a classificação de risco, percepção dos profissionais sobre o papel de cada serviço na atenção às urgências e sobre a integração da UPA com a rede.

A UPA funciona 24h por dia e os profissionais assistenciais, na sua grande maioria, trabalham em esquema de plantão. A organização dos plantões para a categoria médica é feita por turno de 12h com plantão fixo por dia da semana. Já os enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalham com a escala de turno de 12hx60h. Existem ainda os profissionais da rotina tanto enfermeiro quanto médico, que atuam 40h semanais no horário comercial. De forma geral a unidade trabalha por turno de atendimento com 3 enfermeiros (2 na classificação de risco e 1 nas áreas restritas) e 3 médicos nos consultórios. Durante a semana há ainda o enfermeiro da rotina e o médico da rotina que atua de forma mais intensa na atenção aos usuários que estão na área restrita (sala amarela observação e sala vermelha).

Todos os profissionais descreveram o fluxo de atendimento na unidade de forma similar, o que sugere uniformidade do processo de trabalho. Os usuários ao chegarem na unidade, são atendidos na recepção por ordem de chegada onde preenchem o cadastro. Após o cadastro o usuário aguarda ser chamado para ser avaliado pela classificação e risco. Porém, a equipe da recepção pode acionar a enfermagem caso perceba algum paciente necessitando de prioridade de atendimento.

A classificação de risco é feita exclusivamente pelo enfermeiro e a unidade dispõe de 2 consultórios direcionados para isso, garantindo sigilo e privacidade dos usuários. Na classificação de risco o enfermeiro avalia os sinais vitais do usuário (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e glicemia capilar quando disponível material) e de acordo com a queixa do usuário e os sinais vitais é feita a classificação em cores (vermelha, amarelo consultório, amarelo procedimento, verde e azul). Os pacientes classificados como vermelho são imediatamente encaminhados para a área restrita da unidade, podendo ser a sala vermelha ou sala amarela de observação. Já os classificados como amarelo procedimento podem ser direcionados para sala de sutura, sala de medicação ou sala amarela de observação. Os usuários classificados como amarelo consultório aguardam o atendimento médico que deve ocorrer em até 30 minutos e os classificados como verdes podem aguardar até 4 horas. Apesar de haver a classificação azul o usuário não é atendido na unidade, sendo referenciado para Atenção Básica no momento da classificação de risco (CR).

Em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, foi observado que apesar de algumas dificuldades encontradas, a CR foi considerada ferramenta importante nas UPA (KONDER; O'DWYER, 2016). A CR também foi considerada como dispositivo que oferece mais segurança para os profissionais, maior uniformidade na identificação das urgências e garante equidade no acesso dos usuários (PRUDENCIO; et. al., 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI; et. al., 2017a).

Alguns enfermeiros pontuaram enfrentar problemas com alguns usuários que não compreendem a forma de organização da CR, e outros que não concordam com a avaliação feita pelos profissionais, pois alegam que sua condição clínica é mais urgente do que classificação evidenciou. Esses conflitos com os usuários também foram apontados em outras pesquisas sobre UPA (KONDER; O'DWYER, 2016; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RONCALLI, et. al., 2017b)

De acordo com os profissionais entrevistados a percepção do grau de urgência difere entre as unidades. Um caso considerado como emergência para a Atenção Básica não é necessariamente considerado com a mesma magnitude pela UPA.

“(...) para eles uma pressão de 20 eles acham que o paciente está quase morrendo e para a gente pressão de 20 é amarelo consultório. A não ser que esteja com uma dor no peito associada (...)” Enfemeiro_UPA_5.

Um médico da UPA aponta que deveria haver uma classificação de risco na ESF para uniformizar a avaliação do grau de urgência, conforme afirma:

“Na maioria das vezes não é urgência (...)Eu acho que tinha até que ter uma classificação de risco também lá na clínica da família para poder saber”
Médico_UPA_4

Essas falas reforçam os dados discutidos na ESF, onde na percepção dos profissionais há um descrédito na avaliação feita pela atenção básica, exemplificando que ao encaminhar os usuários para a UPA eles passam pela CR como se estivessem chegando na unidade de forma espontânea.

Diversos nós críticos foram observados com relação à integração da UPA com os demais componentes da rede, porém o foco dado nesta pesquisa foi a relação entre UPA e ESF. Conforme discutido anteriormente, o fluxo dos usuários referenciados da ESF para a UPA é mediado pela Central Médica de Regulação. Mesmo havendo uma unidade de ESF no mesmo espaço físico que a UPA, as relações de transferência são na maioria das vezes

formalizadas via SISREG. Os casos avaliados pela ESF como internações são sempre reguladas pelo SISREG para uma UPA, mas não necessariamente para a UPA de Manguinhos. Alguns usuários de DE (sem indicação de internação) são orientados verbalmente pela ESF a procurar a UPA sem que haja uma comunicação entre os serviços.

Corroborando com a fala dos profissionais da ESF, a grande maioria dos profissionais da UPA relataram não ter interação com os profissionais da Atenção Básica. Um médico destacou que há uma dificuldade na relação interpessoal que chamou de “implicância” por parte dos profissionais da ESF, conforme destacado no trecho a seguir:

“Não, a gente não tem essa conversa. Aqui tem uma certa implicância um pouquinho dos profissionais da clínica da família com aqui, não sei porque (...) Médico_UPA_4

Outro profissional da categoria médica reconhece que esta falta de interação é muito prejudicial. Porém, mesmo reconhecendo que a interação entre a unidade traria inúmeros benefícios, relata que devido ao grande volume de atendimentos a interação se torna inviável no cotidiano do serviço. Apenas um profissional enfermeiro relatou que há um relacionamento satisfatório entre os profissionais da mesma categoria entre as unidades, em especial no que se refere à discussão de casos de pacientes.

Sobre os encaminhamentos feitos pela ESF, os profissionais médicos destacam que muitos até possuem indicação de internação, mas devido a limitação do número de leitos os casos precisam ser revistos e muitas vezes até acompanhados com solicitação de retorno a unidade para reavaliação.

“(...) não é todo paciente que vem de lá como urgência, como uma internação que a gente possa aqui estar internando. A gente prioriza, tem casos que pede para voltar em dois dias (...) infelizmente, se a gente for internar todo mundo que eles mandam para cá para internação a gente fica sem leito para um paciente realmente grave. (...) Médico_UPA_5

A restrição do número de leitos na UPA está relacionada à capacidade de transferência dos usuários para a Rede Hospitalar. Acerca disso, há um consenso na fala dos profissionais da UPA sobre a demora no processo de transferência dos pacientes. Para os casos cirúrgicos e traumas indicados como vaga zero¹⁷ os profissionais relatam maior agilidade pelo SISREG, mas para os casos clínicos que necessitam de terapia intensiva, principalmente para o usuário idoso, há uma demora expressiva com relato de 15 dias de permanência na sala vermelha.

¹⁷ Vaga zero: é um recurso utilizado para garantir acesso imediato de leitos hospitalares via SISREG para os usuários a com risco de morte.

Esta demora no direcionamento dos usuários impacta diretamente no fluxo de atendimento de outras demandas emergenciais na unidade.

Em sua pesquisa, Konder (2018) apontou dados que corroboram com a percepção dos profissionais da UPA Manguinhos sobre a relação com Rede. Na análise feita sobre as solicitações de leitos de UTI inseridas pelas CER e UPA, demonstrou que somente 40% conseguiram internação, os demais evoluíram para óbitos (23%), alta médica (17%) ou melhora clínica com mudança do perfil de leito (13%). Além disso, apenas 30.8% destas solicitações de UTI são atendidas nas primeiras 24 horas. Conforme ratificado pela autora, a UPA não dispõe de recursos para manutenção de usuários por longos períodos (ex. nutrição enteral e hemodiálise), sendo o cuidado incompatível com as necessidades dos usuários. A mesma dificuldade para internação ocorreu para leitos de clínica médica (KONDER, 2018).

Destaca-se que os profissionais da UPA afirmam que nos casos de classificação de risco azul é encaminhamento para a unidade de ESF de referência dos usuários. Porém, foi relatado por alguns profissionais casos de usuários frequentadores diários da unidade.

Enfermeira_UPA_1: “Mas a senhora esta sentindo o que de diferente? Dona Esmeralda (nome fictício) ,a senhora está vindo aqui há mais de um ano com dor no estômago, não é possível que não melhore! (...)” Enfermeiro_UPA_1

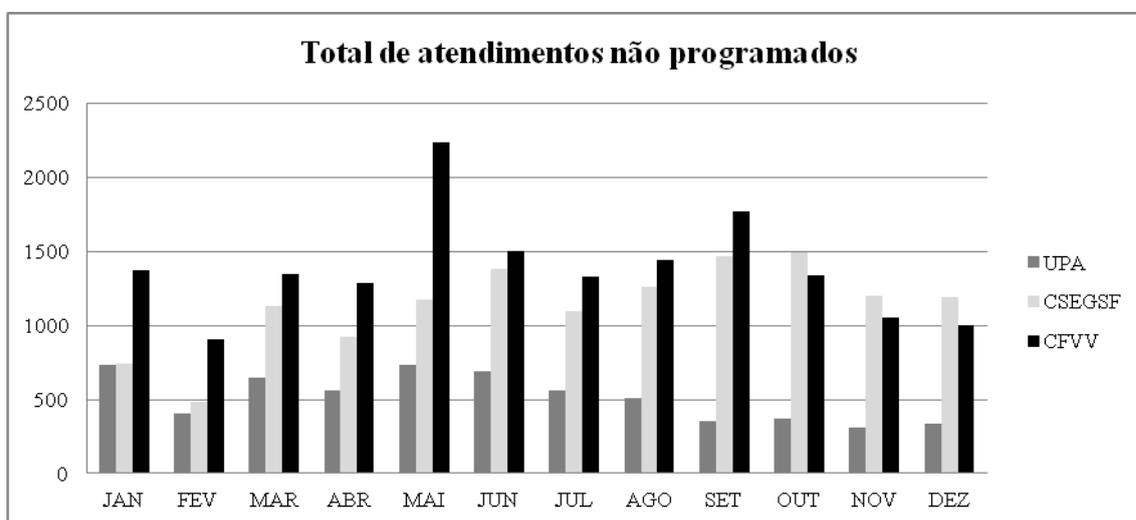
Durante a entrevista o enfermeiro foi questionado se a unidade de ESF de referência da usuária citada acima estava ciente da situação, e o entrevistado disse: não, ninguém nunca pensou nisso. Neste exemplo cabe a reflexão da resolutividade dos encaminhamentos feitos da UPA para a ESF. O encaminhamento não deve ser meramente burocrático, limitando a responsabilidade da UPA a entrega de um papel que consta o nome da unidade e o motivo de encaminhamento, isso não garante o acesso a atenção básica. Logicamente que o contato com todas as unidades contrarreferenciadas pode ser inviável pela dinâmica do serviço, mas cabe aos profissionais avaliarem as situações similares a que foi exemplificada e os casos de percepção de limitação do entendimento dos usuários, garantindo assim um encaminhamento com responsabilidade.

5. LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM MANGUINHOS

Na concepção da maioria dos profissionais entrevistados os atendimentos de baixo risco (verdes e azuis) deveriam ser absorvidos pela Atenção Básica. Como barreira para garantir a absorção destas demandas os profissionais da ESF apontaram falta condições estruturais, ausência de capacitação e o excesso de usuários cadastrados por equipe. Mesmo com essa dificuldade a existência do vínculo entre os profissionais e usuários se mostrou presente em diversos momentos da pesquisa. Já na UPA a dificuldade é atribuída ao elevado quantitativo de urgências de baixo risco que deveriam ser absorvidas pela atenção básica.

As unidades de ESF analisadas demonstram ser capazes de absorver as urgências de baixo risco mesmo com as inúmeras limitações e fragilidades na organização do processo de trabalho. Dentre elas a CFVV foi a que mais atendeu as urgências de baixo risco no território de Manguinhos, conforme apresentado na figura 17.

Figura 17. Distribuição numérica dos atendimentos de demanda espontânea entre a UPA e as unidades de ESF do território de Manguinhos, 2017.



Fonte: Elaboração da pesquisa com dados extraídos do banco de dados da UPA, CFVV e CSGSF

Com relação à população atendida na UPA, apesar de não haver diferenças significativas entre os gêneros, a representatividade do sexo masculino foi superior aos dados encontrados nas unidades de ESF. Este fato pode estar relacionado à preferência dos usuários do sexo masculino no atendimento pontual para otimização do tempo. Notou-se que o grande volume de atendimentos em todas as unidades foi de usuário na faixa etária de 18 a 64 anos. Com base no período analisado, os atendimentos de usuários idosos foi mais que o dobro no

CSEGSF (26%) em comparação ao CFVV (12%) e muito pequeno na UPA (8%). Essa diferença que se refletiu nas causas de procura das unidades onde as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foram mais incidentes no CSEGSF (somadas 28%) que no CFVV (somadas 19%) e pouco presentes na UPA.

Na UPA as doenças osteomusculares se destacaram como a principal causa de procura e que foi bastante divergente com os dados encontrados nas unidades de ESF. Provavelmente os usuários atribuem a UPA como possibilidade de realização de exames de imagem, muitas vezes utilizados para queixas osteomusculares, porém seria necessário avaliar de forma qualitativa os atendimentos para confirmação desta hipótese. Sublinha-se também que as doenças do aparelho circulatório não foram representativas como urgências de baixo risco na UPA, sendo a 4^o causa de doenças mais frequentes nas unidades de ESF. Estes dados podem representar o vínculo dos usuários portadores de doenças crônicas com as unidades de ESF de referência, procurando a UPA somente em condições mais graves.

Além disso, as doenças infecciosas e parasitárias foram o grupo de doenças de maior registro nas duas ESF, reflexo das precárias condições socioeconômicas dos usuários.

Com relação ao processo de trabalho foram observadas diferenças entre as equipes da ESF na relação de atendimentos de DE e DP. Porém, não foi possível identificar neste estudo se estas diferenças buscam atender as características da população ou relacionam-se com as preferências dos profissionais. Outro ponto de destaque foi o elevado número de atendimentos de DE realizados pelos médicos. Estes atendimentos podem representar a complexidade dos casos que indicam consultas exclusivamente médicas ou apontar a fragilidade no reconhecimento do potencial dos demais profissionais da equipe na atenção às urgências.

Na UPA foi observado uniformidade entre os entrevistados em descrever o fluxo de acesso dos usuário a unidade. Porém notou-se fragilidades no contra-referenciamento para a atenção básica.

Os ACS apontam que as demandas administrativas e o cumprimento das metas institucionais também têm impactado na sobrecarga de trabalho, ressaltando que o excesso de atividades burocráticas tem reduz o contato com os usuários na comunidade:

“(...) porque nós lidamos com pessoas, não lidamos com número. E tudo é número, é quantidade de hipertensos, quantidade de visita, tempo de visita (...)” ACS_amarelo_12

“A encrenca é que o profissional que não deveria estar ali está ali. Profissional que tinha que estar na rua acaba infelizmente assumindo um local de fazer triagem. E ele acaba muitas vezes assumindo um risco que não compete a carreira dele, que não está nas atribuições dele (...)” ACS_amarelo_18

Os médicos da UPA reforçam que além do olhar mais focado nos sintomas, o excesso de demanda reduz ainda mais o tempo disponível destes profissionais para o contato com os usuários, o que muitas vezes traz insegurança e risco para o profissional.

“(...) meu contato com o paciente é mínimo, eu tenho que ser extremamente rápido, me exponho mais ao erro porque eu tenho que atender muita gente e muito rápido (...)”. Médico_UPA_2

A grande maioria dos profissionais destacou a violência do território como um limitador para o trabalho, tanto na UPA quanto na ESF devido aos frequentes confrontos com armas de fogo e a presença constante do tráfico próximo a unidade.

“(...) tem tráfico, tem tiro... isso torna um pouquinho mais complicado. E ai as vezes você tem dificuldade para acessar a unidade sendo profissional ou até mesmo o paciente.” UPA_Enfermeiro_2

A violência oferece barreiras não apenas para os profissionais que trabalham na unidade, mas também dificultam o acesso dos usuários. Segundo os ACS os frequentes confrontos dificultaram à manutenção dos grupos temáticos que eram realizados na comunidade, e na ausência dos grupos as demandas espontâneas aumentaram. Os grupos facilitavam as orientações de promoção e prevenção da saúde, renovação de receitas e acompanhamento de doenças crônicas de relevância epidemiológica.

Além da violência, alguns profissionais citaram outros problemas que reforçam a precariedade do território e que são fundamentais para garantia de condições saudáveis das condições de vida da população. Um ACS ressaltou o descaso do governo com o território da comunidade, o que acentua o adoecimento da população.

“Quando o Estado passar a olhar a comunidade como parte, como um território que faz parte da cidade...porque o território da favela ele tem um serviço diferenciado do restante. Então se escorre um esgoto ele fica dias para ser consertado. O lixo, a coleta é insuficiente, e o lixo se espalha na rua. Então isso adoecer ainda mais a população. (...)” ACS_azul_16

A questão da vulnerabilidade da população do território de Manguinhos ficou bastante presente na fala de todos os profissionais. Tal vulnerabilidade traz problemas de superutilização do serviço. Além disso, a realidade da precarização das relações de trabalho da população direciona a preferência dos usuários para a UPA, buscando a otimização do seu tempo para acessar os recursos que acreditam serem necessários para suas demandas (acesso a

exames de sangue e imagem).

“Você tem determinantes sociais que levam a população a buscar mais a urgência e emergência (...) você tem uma população com dificuldade financeira, você tem uma população que tem uma relação trabalhista das piores possíveis, então essa população não vai a grupo informativo, ela não pode ficar faltando para ir no médico. Então ela tenta resolver a vida dele na urgência e emergência (...) Ele vai otimizar o tempo(...)” ACS_amarelo_18

Outra questão é que uma população mais vulnerável possui inúmeras demandas, que em decorrência da elevada adscrição populacional muitas vezes as equipes da ESF não conseguem dar conta de absorver. Na fala de um médico o usuário com uma demanda busca a solução de alguma forma, seja na Atenção Básica ou na UPA, e quando não consegue se vê perdido no sistema sem conseguir acesso.

“(...) a gente trabalha com uma população extremamente vulnerável, a gente fica com as equipes insufladas de pacientes (...) o paciente fica perdido neste cuidado, porque ele vai na clínica da família e não consegue ser atendido e aí ele vai na UPA para tentar ser atendido, aí ele não consegue ser atendido e volta para a clínica da família e fica nisso...coitado!” Médico_amarelo_5

Questionados sobre quais as dificuldades que Atenção Básica pode ter em absorver as urgências de baixo risco as falas dos profissionais da UPA foram bastante diversificadas. Os médicos destacaram questões relacionadas a estrutura, o local de inserção das ESF (muitas vezes localizadas em territórios violentos), dificuldade no acesso rápido a exames para definição diagnóstica e extensa adscrição da população por equipe. Já os enfermeiros ressaltaram que o grande limite da ESF para absorção das DE são as questões burocráticas para o cadastramento dos usuários e o desafio de conciliar as demandas programadas e as espontâneas com equipes insufladas. Além disso, os enfermeiros acreditam que deveria haver uma uniformidade na classificação de risco da ESF e da UPA para que todos tivessem um discurso mais equânime além de maior comunicação entre as unidades, flexibilidade no horário de atendimento das ESF e maior envolvimento dos pacientes no seu autocuidado. Ao serem questionados sobre as dificuldades da UPA para o atendimento das urgências de baixo risco os profissionais destacaram a necessidade de aumento dos recursos humanos, maior rigidez na classificação de risco e maior resolutividade da atenção Básica.

Os profissionais da ESF também foram questionados sobre quais as dificuldades a UPA poderia ter para garantir o atendimento das urgências de baixo risco. Porém as respostas foram pouco precisas e mais direcionadas aos problemas de integração entre as unidades. Já

quando questionados sobre as dificuldades da ESF para a absorção das urgências de baixo risco os profissionais citaram no geral a melhoria estrutural, capacitação e melhor dimensionamento das equipes levando em consideração a vulnerabilidade da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica de Manguinhos ainda não alcançou o atributo de coordenação do cuidado devido a incipiente integração com os demais componentes da RAS, dificultada entre outros aspectos, pela baixa governabilidade diante dos serviços de saúde geridos por outras esferas do governo. No caso da UPA de Manguinhos, a incipiente integração com a AB nos pareceu estar relacionada a questões micropolíticas. A ausência de uniformização da definição de critérios de urgência entre os equipamentos de saúde de níveis diferentes demonstrou ser uma das principais causas de conflitos entre os profissionais.

Conforme as diretrizes da RUE, a AB não se constitui neste tipo de rede o atributo de coordenação do cuidado, porém seu papel de porta de entrada preferencial é essencial. Foi observado que a atenção básica do território teve papel fundamental no acesso às urgências de baixo risco no ano de 2017, mesmo diante do cenário desfavorável para a saúde resultando nas greves ocorridas naquele ano. Desta forma reforça-se que em territórios com cobertura da AB é possível que estas unidades consigam se estabelecer como porta de entrada preferencial dos usuários mesmo coexistindo com uma UPA. As unidades de ESF possuem ainda o desafio de implementar um acolhimento mais resolutivo, equânime, desvinculado da centralidade na consulta médica e que garanta cuidado integral com participação dos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

Mesmo diante das normativas vigentes e do grande volume de atendimentos de demanda espontânea nas unidades muitos profissionais, em especiais os ACS, não reconhecem a DE como ação compatível com atenção básica. A busca do equilíbrio no manejo dos atendimentos de demanda espontânea e programada se faz necessário, porém requer participação social para compreender as necessidades da população e buscar a melhor maneira de garantir acesso nas unidades. Em compensação muitos relataram aproveitar a consulta de demanda espontânea para oferecer ações mais integrais.

Com relação a UPA evidenciamos que o drama da sobrecarga de atendimentos de baixo risco também é uma realidade neste cenário. Notamos que não foi expressivo o percentual de usuários moradores de Manguinhos classificados como verde/azul atendidos no mesmo horário de funcionamento da ESF, o que reforça o papel da ESF como porta de entrada do território. Em contrapartida o elevado quantitativo de usuários verdes/azuis moradores de bairros vizinhos atendidos no horário de funcionamento da AB sugerem fragilidade na resolutividade da AB dessas localidades. A recente pesquisa sobre a coexistência de UPA e ESF no bairro da Rocinha e Complexo do Alemão somadas a este

estudo em Manguinhos configuram três experiências sobre a atenção às urgências no município do RJ, sendo necessário a ampliação de estudos similares em outros bairros da cidade.

Seriam úteis estudos que apontem os custos em se ampliar as equipes de ESF das unidades redimensionando a população cadastrada para maior capacidade de absorção das demandas de baixo risco e manutenção das UPAs com planejamento geográfico para melhor dimensionar as demandas.

Como limitações este estudo analisou os atendimentos em um momento de crise na saúde, porém ainda sem os impactos maiores referentes as alterações da PNAB em 2017 e a Emenda Constitucional nº95/2016.

Outros estudos são necessários para analisar a qualidade do atendimento de DE realizado pelas unidades de ESF do território de Manguinhos para compreender se de fato tem ampliado o acesso ou apenas resolvido pontualmente necessidade da população.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I.R.S. et. al. . Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, Jun. 2017.

ALMEIDA, P.F.de; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Pública**. 2011, v.29, n° 2, p. 84-95.

ALTINO, R. DE C. Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica uma análise transversal. 2017, 68 p. Tese: Doutorado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, p. 68, 2017.

ALVES, M. G. de M. et. al. . Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 34-51, Oct. 2014 .

AMARAL, I. T; ABRAHAO, A.L; PINA, F.R. A demanda espontânea na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Enfermagem UFPE online**, Recife, v.9, p.9086-94, Ago, 2015.

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu)**. Botucatu: v. 21, n. 61, p. 321-332, Junho 2017.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012 .

AZEVEDO, A.L.M. de; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez. 2010.

BARATIERI, T. et. al.. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaç. saúde (Online)**, v. 18, n. 1, p. 54–63, jul. 2017.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 7, p. 1439-1454, Julho 2009 .

BRASIL. Governo Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2923, de 9 junho de 1998. **Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência**. Brasília: DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 479, de 15 de abril de 1999. **Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.** Brasília: DF, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 824, de 24 de junho de 1999. **Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar.** Brasília: DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 814, de 1 de junho de 2001. **Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências e revoga a Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999.** Brasília: DF, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília: DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília: DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1864 de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.** Brasília: DF, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências: normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde.** Brasília: DF, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.** Brasília: DF, 2011 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1601, de 07 de julho de 2011. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília: DF, 2011 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: DF, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2648, de 07 de novembro de 2011. **Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília: DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2820, de 28 de novembro de 2011. **Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o componente Unidade de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília: DF, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1171, de 5 de junho de 2012. **Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do componente Unidade de Pronto Atendimento do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília: DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** Cadernos de Atenção Básica. Brasil, 1º. ed., nº 28, v.I, 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** Cadernos de Atenção Básica. Brasil, 1º. ed, nº 28, v.II, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 342, de 04 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).** Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 104, de 15 de janeiro de 2014. **Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).** Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, PAC- Programa de Aceleração do Crescimento. **Cartilha Estadual, 6º balanço do PAC 2015-2018.** Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/pub/up/relatorio/2866680b748e000576105d953138ed3d.pdf>.> Acesso em 10 Dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 10, 03 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.** Brasília: DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília: DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília: DF, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: DF, 2017e.

BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010. .

CAMPOS, G.W.S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: _____ Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. P. 417-442.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7–28, jan. 2009.

CASSETTARI, S. DA S. R. Redes de atenção às urgências. Dissertação: Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Ciências da Saúde, Florianópolis, p. 112, 2014.

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: _____ Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 8º ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009, p.117-130.

CECILIO, L. C. de O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saude soc. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 280-289, Jun 2012. .

CHAVES, L. A.; et. al. . Integração da Atenção Básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 34, n. 2, e00201515, 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS 2007. (Coleção Progestores, v.8).

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbano no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

CORDEIRO JUNIOR, W., et. al.. Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos. 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads>> acesso em: 10 de novembro de 2018.

COSTA, S DE M. et. al. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Archives of Dental Science / Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 2, p. 66–75, 2013.

COSTA, P. C. da; FRANCISCHETTI-GARCIA, A. P. R; PELLEGRINO-TOLEDO, V. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Revista de Salud Pública**, v. 18, n. 5, p. 746–755, 2016.

DELDUQUE, M.C. Entrevista sobre a Consolidação das Normas do SUS. Consensus: ano VIII, nº 25, p. 15-19, out-dez 2017. Entrevista concedida a Tatiana Rosa.

DENZIN, N.; LINCON, Y. **Introdução**. In: _____ O planejamento da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2006 p.15-41.

DESLANDES, S.F. **Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação : vertentes, contribuições e desafios**. In: _____: Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 193-217.

DINIZ, A. S. et. al.. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 16, n. 2, p. 312–320, jun. 2014.

DOURADO, E.M.R. **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências : uma proposta**. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

ENGSTROM, E; FONSECA, Z.; LEIMANN, B. **A experiência do Território de Manguinhos na Atenção Primária de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME rev. min. enferm**, v. 10, n. 1, p. 30–36, mar. 2006.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, v. 15, n. 2, jun. 2012.

FEITOSA, M. M. et. al. Acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 136–144, 2017.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. **Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. As comunidades de Manguinhos na história das favelas do Rio de Janeiro. **Revista Tempo**, v. 19, n. 34, p. 117-133, Jan-Jun, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva, Lánus**, v. 7, n. 1, p. 9-20, Enero/Abr. 2011.

FRANCO, F. A. et. al.. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 16, n. 1, p. 157–162, jan. 2012.

FONTANA, K.C.; LACERDA, J.T. de; MACHADO, P.M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro: v.40, nº 110, p.64-80, jul-set 2016.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. Bras. Med. Comunidade. Florianópolis**: v. 7, n° 22, p.5-9, Jan-Mar 2012.

GARCIA-ARMESTO, S; et. al.. Spain: Health system review. **Health Systems in Transition**, 2010, 12(4):1-295.

GARUZI, M. et. al.. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144, 2014.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Definições de urgência e emergência: critérios e limitações**. In: _____ Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, p. 15-26.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, May 2006.

GODOI; V.C.G; et. al.. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n.3, p. 1-8, Jul-Set, 2016.

GOMIDE, M. F. S. et. al.. Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. 1, p. 29–38, fev. 2017.

GOMES, G. G. Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde. Dissertação: Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Minas Gerais, p. 87, 2013.

HERMIDA, P. M. V. et. al.. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 4, p. 1170–1178, abr. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico. 2010.**

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico. 2000.**

JESUS, W.L.A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010 .

JUNGES, J. R. et. al.. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 3, p. 686–697, set. 2012.

LANDSBERG, G. DE A. P. et. al.. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025–3036, nov. 2012.

LIMA, W.C.M. B; ASSIS, M.M.A. Acesso restrito e focalizado ao programa da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Bahiana Saúde Pública Maiolo**, v.34, n.3, p. 439-449, Jul-Set, 2010.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface comun. saúde educ**, v. 20, n. 59, p. 879–892, dez. 2016

KONDER, M.T; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, June 2015.

KONDER, M.T. Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Tese: Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, p.226, 2018.

LIMA, L. D. de et. al. . Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** (Impresso), Rio de Janeiro , v. 20, p. 595-606, 2015.

LIMA, D.M.C de. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade**. 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, G. V. C. et. al.. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad. saúde colet., (Rio J.)**, v. 23, n. 4, p. 416– 424, dez. 2015.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. saúde pública**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Out. 2004.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In _____. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MELO, E.A.; et. al. . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 38-51, Set. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana, 2011,

549 p.

MORAES, P. A. DE; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19–25, mar. 2011.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo: v. 24, n. 1, p. 165-179, Mar. 2015 .

O'DWYER, G.; et. al. . O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, e00043716, 2017.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p.199-210, 2013.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 2395-404, 2010.

O'DWYER, G. et. al.. The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC health serv. res. (Online)**, London, v. 13, n. 70, 2013b.

O'DWYER, G; MATTA, I.E.A. de; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(5):1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, L. S. et. al. . Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3047-3056, Nov. 2012 .

OLIVEIRA, J. L. C. de. et. al.. Acolhimento com classificação de risco: Percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, 2017.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULA, W.K.A.S. de; et. al.. Avaliação da Atenção Básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm.USP**. São Paulo: n.50, p. 335-345, 2016.

PIRES, P. S. A triagem no Pronto-Socorro. In _____ CALIL, A. M.; PATANHOS, W. Y. O Enfermeiro e as situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. 792 p.

PIRES, M. R. G. M. et. al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211–223, 2013.

PINTO, P. S. Aplicação do sistema de triagem de Manchester pelo enfermeiro: valores, conceitos e significados. Dissertação: Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, p. 98, 2016.

PRUDENCIO, C. P. G. et. al.. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Rev. baiana enferm**, v. 30, n. 2, 2016.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enferm. foco (Brasília)**, v. 7, n. 2, p. 52–56, out. 2016.

RONCALLI, A. A. et. al.. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. baiana enferm**, v. 31, n. 2, 2017a.

RONCALLI, A. A. et. al.. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1743–1751, abr. 2017b.

ROSE, K.D.; ROSS, J.S.; HORWITZ, L.I. Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. **Arch Intern Med.**, 171(13), p. 1150–1159, Julho 2011.

SANTOS, J.S; et. al.. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRPUSP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**: v. 36, p. 498- 515, abr-dez 2003.

SANTOS, A. M. dos. et. al.. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687, 2012.

SANTOS, T.V.C. dos; PENNA, C.M. de M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, p. 149-56, Jan-Mar, 2013.

SANTOS, R.O.M. dos; ROMANO, V.F; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018.

SISSON, M. C. et. al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 991–1005, 2011.

SOARES, S.S. **Dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado: ENSP, FIOCRUZ, 2017.

SOARES, S.S.; LIMA, L. D; CASTRO, A.L.B. O papel da Atenção Básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **Manag Prim Health Care**,5(2):170-177, 2014

SOUZA, E. C. F. de; et. al. . Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008

SOUZA, C. C. Grau de concordância da Classificação de Risco de usuários atendidos em um Pronto-Socorro utilizando dois diferentes protocolos. 2009. 119p. [**Dissertação**]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010 .

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p. 135- 150.

VIEIRA, E. W; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 448–462, 2017.

ZANON, L. R; ZANIN, L.;FLORIO, F.M. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. **RGO: Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 4, p. 411–419, 2016.

ANEXO I
Ficha de extração dos artigos

Título da publicação:		
Tipo de publicação:	<input type="checkbox"/> artigo <input type="checkbox"/> dissertação <input type="checkbox"/> tese	Ano de publicação:
Veículo:		Qualis: <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> C
Autores:		
Objetivos:		
Método:		
Local do estudo:		
Cenário:	<input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> Outros:	
Principais resultados do estudo (extraídos do resumo):		
Aspectos sobre processo de trabalho (demanda espontânea)		
Urgência de baixo risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Demanda espontânea? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Integração UPA x ESF? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Bibliografias para pesquisar		

ANEXO II

QUADRO-SÍNTESE DAS REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dados da publicação	Título	Objetivo geral	Principais resultado e considerações
ALTINO, R.de C. Tese de Doutorado UNESP / 2017	Uso da Rede de Urgência e Emergência e suas conexões com as unidade de atenção básica: uma análise transversal	Analisar a utilização de usuário acima de 13 anos da RUE do município do interior paulista levando-se em consideração o aparelhamento da atenção básica adscrita às UPAs.	O estudo apontou que 75% dos atendimentos correspondiam a baixo risco com maior concentração no período diurno. Dentre os principais motivos de consulta destacam-se os CID do grupo de “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos”, seguido das doenças do aparelho respiratório. Foi observado que o maior quantitativo de UBS por habitante não resultou em menor volume de atendimento de baixo risco na UPA.
ALELUIA, I.R.S; et.al Ciência e Saúde Coletiva / 2017	Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro	Avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da APS em um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia	Evidenciou que a coordenação do cuidado não tinha sido alcançada no município, destacando-se como principais dificuldades a ausência de protocolos assistenciais, de sistema informatizado e de outras tecnologias de informação e comunicação.
AMARAL, I.T; ABRAHAO, A.L; PINA, F.R. Revista de Enfermagem UFPE online/ 2015	A demanda espontânea na estratégia de saúde da família: revisão integrativa	Analisar a produção científica que tratem sobre demanda espontânea na Estratégia Saúde	Evidenciou a escassez de material nos últimos 5 anos.Das sete publicações nas alisadas cinco tratavam de demanda espontânea e dois no processo de trabalho e do modelo de atenção nas unidades de saúde da família.A análise do material obtido apontou para a integração da demanda espontânea com as atividades programadas interferindo na qualidade do atendimento e a demanda espontânea que remete ao modelo biomédico.
AZEVEDO, A.L.M de; COSTA, A.M. Interface Comunicação, Saúde e Educação/ 2010	A estreita porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família	Analisar a percepção dos usuários sobre o acesso à Estratégia de Saúde da Família em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.	O estudo demonstrou alguns entraves na ESF que dificultam o acesso dos usuários. Destacou a dificuldade dos usuários no acesso em situações de urgências onde ao não conseguirem acesso na atenção básica se direciona para os serviços de urgência sobrecarregados estas unidades. Apontou diversos problemas de organização com relação às referências e contrarreferências.
BARATIERI, T.; et. al. Revista de Saúde Pública do Paraná/ 2017	Percepções de usuários atendidos em um pronto atendimento: olhar sobre a atenção primária à saúde	Compreender os motivos que levam os usuários a buscar as UPA quando o problema de saúde poderia ser resolvido no âmbito da atenção primária	Os usuários atribuem o acesso somente a consulta com o médico demonstrando uma cultura que valoriza o modelo biomédico e apontam o aceso a medicamentos e exames essenciais. O estudo apontou que os usuários apresentam dificuldade de acessar a APS tendo que enfrenta filas de madrugada para disputar senhas.
BREHMER, L.C. F; VERDI, M. Ciência e Saúde Coletiva/ 2010	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos	Analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos atores envol-	A pesquisa trouxe diversos apontamentos éticos acerca do acolhimento. Demonstrou que há um entendimento conceitual por parte dos profissionais sobre a finalidade do acolhimento e como

	usuários	vidos: gestores, trabalhadores da saúde e usuários	ele deveria ser realizado. Porém, na prática demonstrou a organização do cuidado focada em questões exclusivamente biomédicas. Foi evidenciado a fragmentação do serviço que dificulta o acesso e a garantia da integralidade.
CASSETTARI, S. S. R. Dissertação de Mestrado UFSC/2014	Redes de Atenção às Urgências: atuação do enfermeiro em unidades de pronto atendimento	Compreender a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento e suas contribuições para a organização da Rede de Atenção às Urgências	O estudo evidenciou que os atendimentos de baixo risco corresponderam a aproximadamente 92% . Entre os motivos de procura destacam os CID referente ao grupo de “exame médico geral e investigação de pessoas sem queixas” seguidas de nasofaringite, amigdalite, diarreia, gastroenterite, tosse e cefaleia. Mesmo com a sobrecarga todos são atendidos, mesmo com condições cabíveis para a AB. Os profissionais relataram que os usuários procuram a UPA como primeira escolha devido a facilidade de realização de exames e dificuldade de acesso na AB. Não foi evidenciado protocolo de ACCR e foi evidenciado dificuldade de interação entre UPA e AB.
COSTA, et. al. Revista Brasileira de Educação Médica/ 2010	As ações dos serviços de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo	Avaliar a compreensão sobre o modelo de atenção básica nas ações de saúde.	Observou-se que independente da categoria profissional a compreensão sobre o modelo de atenção é o modelo-assistencial privatista, que reflete o predomínio das ações curativas em uma relação individualista, operada diretamente pelo médico e oferecida na demanda espontânea.
COSTA, P.C. da; FRANCISCETTI-GARCIA,A.P.R; PELLEGRINO-TOLEDO, V. Revista de Salud Pública/2016	Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde.	Conhecer as expectativas dos enfermeiros brasileiros em relação ao acolhimento realizado por eles na atenção primária em saúde.	Os enfermeiros relataram que o acolhimento é algo distante da realidade deles, depende do ambiente de trabalho da política, da gestão, da população e da estrutura física. Foi observado que a característica dos atendimentos eram destinados a avaliação de queixas agudas.
COSTA, S. de M;et. al. Artigo Arquivo Odontologia/2016	Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas Equipes de Saúde da Família.	Identificar as potencialidades e fragilidades na construção da agenda, no âmbito da saúde da família, a partir da percepção do profissional acerca da organização do atendimento clínico.	Foi evidenciado que os profissionais atendem uma média de 15 usuários ao dia, apesar de considerarem o ideal uma média de 13. A organização da agenda clínica foi classificada como moderadamente ou pouco organizada para quase metade dos profissionais. Grande parte incorporaram os critérios de risco para priorizar a assistência com maior reserva para a demanda espontânea.
DINIZ, A.S; et. al. Rev. Eletrônica de enfermagem/2014	Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester.	Identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma UPA, segundo o protocolo de Manchester.	As principais queixas dos pacientes foram “indisposição no adulto”, “problemas nos membros”, “dor abdominal” e “cefaleia”. Na análise do volume de atendimentos por horário, o noturno correspondeu ao maior volume e maior gravidade dos casos. Com relação aos atendimentos diurnos a maioria era de menor gravidade

			e que poderiam ser atendidos na AB.
FARIA, R.C; CAMPOS, E.M.S. Revista APS/ 2012	Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS	Identificar como é organizado o atendimento à demanda espontânea, os fatores que influenciam esse atendimento, analisar como acontece a articulação entre as demandas espontânea e programática e compreender as visões que orientam o atendimento.	Os resultados mostram que na estruturação da porta de entrada persistem entraves burocráticos antigos, que funcionam como obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços e reforçam o modelo de atendimento centrado na consulta médica. O acolhimento tem sido adotado para organizar a agenda do médico e realizar a triagem de doenças, e não como dispositivo para reformular os processos de trabalho das equipes.
FEITOSA, M. M; et. al. Rev Enferm UFSM/ 2017	Acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência	Relatar a experiência de uma atividade prática de estudantes de enfermagem no processo de acolhimento com classificação de risco em uma UPA	O estudo descreveu a experiência vivida por discentes e docentes em uma UPA. Apontou o problema da superlotação e não resolutividade da Atenção Básica, mas não discutiu os mecanismos de integração entre os componentes de saúde. Evidenciou a dificuldade no entendimento dos usuários, mesmo após orientação, sobre a classificação de risco e o tempo de espera de acordo com a gravidade identificada.
FRANCO, F.A; et. al. Rev. Escola Anna Nery/ 2012	A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem.	Conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a percepção de usuários de um serviço de saúde do município de São Paulo.	As necessidades foram relacionadas à presença de moradia, emprego e condições de saneamento básico, bem como acesso às consultas médicas, medicamentos e realização de exames. Também foi reconhecida a necessidade relacionada ao vínculo entre usuário e equipe de saúde, manifesta como desejo de atendimento gentil e com maior disponibilidade de tempo.
GARUZI, M; et al. Rev Panam Salud Publica/ 2014	Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa	Revisar a literatura acerca da aplicação do conceito de acolhimento e elucidar as contribuições desse conceito para as práticas na atenção primária à saúde.	A análise dos artigos realizada pelo estudo apontou alguns obstáculos para o acolhimento como: pressão da demanda (que reduz o tempo disponível para o acolhimento); dificuldade de encaminhamento para especialistas; despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe; usuários com a cultura de valorização do modelo biomédico; falta de condições estruturais para atendimento das urgências; e falta de retaguarda para remoção.
GODOI, V.C; et. al. Cogitare Enferm/2016	ACCR: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento	Caracterizar o atendimento dos usuários com a diretriz de ACCR, em uma UPA do interior do Paraná.	Evidenciou-se que a maioria dos atendimentos era de mulheres, de demanda espontânea encaminhados por enfermeiros das unidades básicas. Sobre a classificação de risco aproximadamente 63% correspondiam a casos de urgência de baixo risco.
GOMES, G.G. Dissertação de Mestrado UFMG/2013	Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde.	Identificar a conduta adotada pelos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com	Foi evidenciada a dificuldade dos profissionais em definirem o conceito de urgência/ emergência. Os profissionais reconhecem a importância da AB no atendimento as demandas espontâneas, porém reforçam que as unidades não devem atender urgências mais

		casos agudos	complexas e culpabilizam os usuários que procuram a unidade nestas circunstâncias. Os entrevistados apontam que o maior volume de atendimento são de usuários com quadros crônicos agudizados.
GOMIDE, M. F. S.; et. al. Rev. Medicina Ribeirão Preto/ 2017	Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças.	Identificar semelhanças e diferenças da satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde nas dimensões de acesso e acolhimento a partir dos atendimentos não urgentes no Pronto Atendimento	O estudo demonstrou através da perspectiva dos usuários que no município estudado a demanda espontânea da ESF desempenha papel de porta de entrada e que leva os usuários a procurar os serviços de urgência para conseguirem atendimento, sendo compatíveis com os indicados do PMAQ local.
HERMIDA, P.M.V.; et. al. Rev. Enfermagem UFPE online/ 2016	Percepção de equipes de Saúde da Família sobre atenção básica na Rede de Urgência	Conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica na Rede de Urgência	O estudo demonstrou que apesar dos profissionais atenderem as urgências eles não reconhecem como sendo pertencentes do escopo de ações da atenção básica, justificado a falta de materiais, estrutura e capacitação dos profissionais. Além disso, apontou inúmeros problemas com relação à referência e contrarreferência.
LANDSBERG, G. de A. P.; et. al. Ciência e Saúde Coletiva/ 2012	Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária.	Estudar os principais motivos de consulta na demanda espontânea da atenção primária em município de médio porte brasileiro.	As razões mais frequentes de busca por cuidados relacionavam-se ao capítulo Geral e inespecífico. Quase 20% das consultas ocorreram por motivos administrativos. Sexo feminino e aumento da idade determinaram maior número de motivos para consultar.
LIMA, W.C.M.B; ASSIS, M.M.A. Ver. Baiana Saúde Pública/ 2011	Acesso restrito e focalizado ao PSF em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea.	Analisar o acesso aos serviços no PSF de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde.	Os resultados revelaram que o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas para determinados grupos populacionais, configurando um modelo pautado em procedimentos e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde.
MACHADO, G.V.C.; et.al. Cad. Saúde Coletiva/ 2015	Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência.	Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização e a inadequação dos atendimentos realizados em uma UPA.	O estudo demonstrou que a grande maioria dos atendimentos foi de demanda espontânea, sendo mais da metade considerados inadequados, porém menos de 6% foram contrarreferenciados para a atenção básica. O estudo apontou ainda que os atendimentos inadequados ocorrem mais durante o dia em horário comercial
OLIVEIRA, L. S.; et. al. Ciência e Saúde Coletiva/ 2012	Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador.	Caracterizar a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL)	Mais de 50% dos entrevistados procuraram o serviço das USF e destes 78,7% afirmaram ter utilizado a consulta. Em relação à acessibilidade organizacional encontraram-se problemas como longo tempo de espera pela consulta.
OLIVEIRA, J. L. C.; et. al.	Acolhimento com classifi-	Apreender a percepção de	Neste estudo os usuários demonstraram que o ACCR é bastante

Rev. Texto Contexto Enferm./ 2017	cação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento.	usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.	importante na detecção de situações de emergência, porém apresentaram discursos contrários no que se referem às situações que muitas vezes são consideradas menos graves pelos profissionais. Os autores mencionaram a importância dos gestores tanto das UPA quanto da AB criarem protocolos pactuados que garantam a efetividade na referência e contrarreferência.
PINTO, P.G. Dissertação de Mestrado UFJF /2012	Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo Enfermeiro: valores e significado	Compreender os valores e os conceitos relativos ao significado da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester para o enfermeiro dos serviços de urgência e emergência.	O estudo evidenciou que os profissionais reconhecem a classificação de risco como protocolo norteador do processo de trabalho auxiliando os enfermeiros da tomada de decisão e proporcionando certo grau de autonomia. Porém apontam que esta autonomia é relativa e muitas vezes há conflitos com a equipe médica com relação a divergência no entendimento dos graus de urgência atribuídos em determinados casos. Há ainda o destaca que os usuários ainda valorizam o modelo biomédico e adicionado a insuficiência da AB em atender as urgências de baixo risco resultando em sobrecarga para UPA.
PIRES, M.R.G.M.; et.al. Saúde Soc. São Paulo/ 2013	A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços.	Identificar o principal problema de saúde que o cidadão leva à UPA e à UBS, caracterizar os principais procedimentos de atenção básica e de média complexidade utilizados nesses serviços, comparativamente.	As demandas identificadas foram por consultas médicas e por procedimentos de enfermagem, motivada por afecções leves, passíveis de atendimento na atenção básica. Os usuários vão à UBS por ser um serviço próximo da residência, de rápido atendimento e de fácil deslocamento, caracterizando boa oferta e capilaridade da Saúde da Família. Verificou-se duplicidade na utilização dos serviços, o que contribui para outras investigações.
PRUDENCIO, C. P.G.; et. al. Revista Baiana de Enferm./ 2016	Percepção de enfermeira(o)s sobre ACCR no serviço de pronto atendimento.	Conhecer a percepção de enfermeira(o)s sobre ACCR no serviço de pronto atendimento e analisar as dificuldades dessa(e)s enfermeira(o)s para realizarem esse serviço.	A maior parte dos enfermeiros reconheceu a importância da classificação de risco no serviço de pronto atendimento e expôs, como limites, as dificuldades enfrentadas para o serviço de classificação de risco funcionar adequadamente, a exemplo dos problemas estruturais da unidade; enfatizaram o pouco conhecimento e informação da população e a característica repetitiva da atividade.
RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R.B. Enferm. Foco / 2016	Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse?	Conhecer o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como lugar próprio e espaços criados pelos sujeitos.	Este artigo apresentou alguns elementos sobre o processo de trabalho no ACCR. Este ACCR é feito como entrevista rápida focada na queixa principal que será avaliada e encaixada nos fluxos conforme a normatização definida por protocolos. Os pacientes verdes e azuis são encaminhados para assistente social para serem encaminhados para AB (não especifica como). Os entrevistados atribuem 80 a 90% dos atendimentos de pacientes da AB.
RONCALLI, A.A; et. al.	Protocolo de Manchester e	Compreender a visão do	Havia uma inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e os

Revista Baiana de Enferm./ 2017	população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro.	enfermeiro sobre a utilização do Protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma UPA.	serviços de urgência/emergência, o que resultava em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho advindas da falta de informação e comunicação eficaz do Sistema de Saúde (público-privado), para que os usuários conhecessem a real função de um atendimento de urgência/emergência. Também foram identificadas fragilidades na gestão da UPA.
RONCALLI, A. A; et al. Rev enferm UFPE on line/ 2017	Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento	Compreender a vivência do enfermeiro que atua na classificação de risco de uma UPA.	O cotidiano na UPA é expresso na elevada demanda e nas reclamações dos usuários. Retrata um ambiente estressante e conflituoso pela espera e pelo sofrimento de cada um que aguarda o atendimento. Além das ações assistenciais, as gerenciais e educacionais acarretam sobrecarga de trabalho no cotidiano do enfermeiro.
SANTOS, T.V.; PENNA, C.M. de M. Texto Contexto Enferm/ 2013	Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários.	Descrever as situações diárias que demandam a utilização dos serviços de saúde a partir das perspectivas de usuários e profissionais de saúde.	Constatou-se que as demandas resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Os atendimentos ocorreram a partir da demanda espontânea dos usuários e, para os profissionais, o interesse que se apresenta é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos.
SANTOS, A. M; et . al. Ciência e Saúde Coletiva/ 2012	Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos.	Analisar a organização das práticas assistenciais nas ESF em quatro centros urbanos.	As análises indicam tendência a um balanço entre atendimento à demanda programada e espontânea, corroborando práticas centradas nas pessoas. Ações a agravos infecciosos de curso longo não são prioridade para todas as equipes, comprometendo as ações de vigilância à saúde e as práticas integrais. A atenção domiciliar, ainda, não é uma prática semanal para todos os profissionais. Insuficiente envolvimento com atividades na comunidade restringe a produção do cuidado às práticas convencionais e comprometem a lógica de mudança de modelo.
SISSON, M. C.; et. al Saúde Soc. São Paulo/ 2011	Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial.	Examinar o modelo assistencial da atenção básica em saúde em Florianópolis, a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família.	O estudo evidenciou que a posição da ESF como porte de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. O acesso ainda é burocrático e restritivo. Além disso são frágeis os mecanismos de referência e contrarreferência principalmente para a atenção especializada.
SOARES, S. S. Dissertação de Mestrado ENSP/FIOCRUZ /2017	Desigualdade e dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do	Analisar as implicações da coexistência da UPA e ESF para a atenção às urgências de baixo risco nos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão, no	Identificou-se semelhanças e diferenças entre os dois casos selecionados, assim como, sugerem que a coexistência entre UPA e UBS pode ser benéfica, mas é preciso remodelar a configuração dos serviços, com vistas a garantir uma oferta organizada em torno da atenção às urgências de baixo risco em cada território de referência.

	Rio de Janeiro	município do Rio de Janeiro.	
VIEIRA, E.W.; GAZZINELLI, A. Saúde Soc. São Paulo/ 2017	Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde.	Mensurar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em município de pequeno porte.	Os dados apontaram que o acesso era facilitado pela tolerância de atendimentos não agendados, porém os resultados evidenciaram pouca integração da APS na RAS.
ZANON, L. R., ZANIN, L., FLORIO, F.M. Rev. Gaúch. Odontol./ 2016	Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality	Caracterizar os usuários e analisar os fatores determinantes da escolha pela utilização dos serviços de urgência.	Evidenciou-se que 75% dos atendimentos foram considerados não pertinentes (baixo risco), a grande maioria eram mulheres e 78% usuários relataram não ter procurado outro serviço de saúde anteriormente e 37% relataram dificuldade em acessar a atenção básica.

Fonte: Elaboração da pesquisa com base nas publicações da revisão bibliográfica.

ANEXO III**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO E BASES DE DADOS DA UPA**

Idade:

Sexo: masculino/feminino

Bairro de Origem: Classificação de Risco

Dia do Atendimento:

Hora do atendimento:

Diagnóstico / CID:

Desfecho: alta; internação; encaminhamento externo; saída à revelia; óbito

Hora do desfecho:

-

ANEXO IV**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO E BASES DE DADOS DA ESF**

Idade:

Sexo: masculino/feminino

Bairro de Origem:

Dia do Atendimento:

Hora do atendimento:

Diagnóstico / CID: (ou motivo da consulta)

Desfecho: alta; internação; encaminhamento externo; saída à revelia; óbito

Hora do desfecho:

ANEXO V

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS

ENFERMEIROS DA UPA

1. Como o paciente que procura a unidade é avaliado? Após a avaliação como é feito o direcionamento do paciente?
2. Na sua opinião, a UPA deve atender urgências de baixo risco, classificadas como azul/verde? Em que circunstâncias? (Explorar, se necessário, questões relativas ao horário de funcionamento da ESF, as atribuições da ESF em relação ao atendimento às urgências)
3. Na sua opinião por que os usuários procuram a UPA para serem atendidos durante o dia uma vez que eles podem ser atendidos na ESF?
4. Na sua opinião, quais as vantagens e desvantagens desse perfil de paciente (azul/verde) ser atendido na UPA e ESF? (Explorar sob perspectivas dos profissionais que atendem/ usuários)
5. Na sua opinião, quais as dificuldades e facilidades para o atendimento à urgência na ESF e UPA (Explorar sob perspectivas dos profissionais que atendem/ usuários)
6. Na sua opinião, quais os benefícios ou entraves em se ter uma UPA no território de Manguinhos?
7. Como se dá o compartilhamento de pacientes entre UPA e ESF?
8. Qual a relação com os outros componentes assistenciais da rede, em especial os hospitais, envolvidos no atendimento de urgência para Manguinhos? (Explorar a questão dos leitos hospitalares e da gestão federativa da rede hospitalar).
9. Na sua opinião, o que contribuiria para atender melhor a urgência de baixo risco? (Explorar a questão da formação, da sobrecarga dos profissionais e da adscrição populacional maior que 3.500 pessoas)
10. Você gostaria de comentar algo que não foi perguntado?

ANEXO VI

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS DA ESF

O grupo discutirá o tema atendimento às urgências, conforme a seguir:

A coordenadora do grupo iniciará estimulando o grupo a discutir o que entende por urgência

1. Como o usuário que procura a unidade de forma não programada é atendido. Quais direcionamentos são feitos de acordo com as necessidades apresentadas.
2. Que tipo de urgência pode ser atendida na UPA
3. Que tipo de urgência pode ser atendida na ESF
4. Quando procurar a UPA e a ESF e por quê.
5. Quais os benefícios de ser atendido na UPA e na ESF?
6. Quais são as dificuldades de acesso ao tratamento das urgências nas unidades de saúde?
7. Como se dá a interação de pacientes entre UPA e ESF?
8. Qual a relação com os outros componentes assistenciais da rede, em especial os hospitais, envolvidos no atendimento de urgência para Manguinhos? (Explorar a questão dos leitos hospitalares e da gestão federativa da rede hospitalar).

A coordenadora do grupo deverá dar um espaço para falas espontâneas sobre questões que o grupo considere que não foram abordadas.

ANEXO VII
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA
PARA OS PARTICIPANTES DA UPA DE MANGUINHOS

Prezado Participante,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa de Mestrado intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos”, desenvolvida pela discente Luana Rodvalho Constantino para obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da professora Dra. Gisele O’Dwyer. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na UPA e na ESF.

Este convite é porque você é profissional da UPA que tem a função de atender os usuários que procuram a sua unidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. As perguntas referem-se aos motivos e dificuldades no atendimento de urgência na UPA e ESF. A entrevista somente será gravada após o seu consentimento. O tempo da entrevista não é pré-determinado, no entanto estimamos que ela possa variar entre 60/90 minutos, dependendo de pessoa para pessoa. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruído, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Nosso encontro será realizado na sua UPA, em sala reservada, garantindo seu bem-estar, e só participarão o entrevistador e você.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir constrangido e/ou incomodado ao longo da entrevista ou posteriormente, por se tratar de perguntas referentes ao seu processo de trabalho. Para minimizar estes riscos a pesquisadora será sua entrevistadora e poderá esclarecer qualquer dúvida ou resolver qualquer conflito durante o encontro. Além disso, a pesquisadora adotará medidas que irão resguardar o sigilo e confidencialidade através de local reservado para entrevista, conforme especificado acima, a não identificação dos nomes dos entrevistados e nem sua categoria profissional em nenhum momento da pesquisa. Porém, eventualmente o total sigilo não será possível dada às características das atividades e opiniões dos entrevistados.

A sua participação é voluntária, você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa nos contatos descritos neste termo e pode a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação nesse estudo não trará nenhum benefício direto a você, sendo o benefício relacionado à contribuição para a produção de conhecimento sobre o processo de trabalho na atenção as urgências de baixo risco nas UPAs e ESF.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma dissertação de mestrado, além de artigos científicos, em congressos, e teses de alunos de pós-graduação. A pesquisadora se compromete em após a conclusão da dissertação de mestrado, apresentar os resultados da pesquisa em reunião à equipe de funcionários da unidade pesquisada e aos participantes

entrevistados. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não tendo qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo.

Este termo é composto por três páginas e terá duas vias. Ambas as vias serão assinadas pela pesquisadora e por você (participante da pesquisa), sendo que uma das vias ficará sob guarda da pesquisadora e a outra via com você. Nesse documento devemos assinar todas as páginas no local indicado no rodapé de cada página, sendo que na última página do termo deverá constar as assinaturas de ambos (pesquisadora e você participante da pesquisa), após a data, a fim de possibilitar a integridade das informações contidas no documento, como orientação do Comitê de Ética.gg

Em cada via deste termo de consentimento constam os contatos da pesquisadora e da orientadora de mestrado, onde você poderá entrar em contato para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Neste termo constam ainda os contatos do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018

Luana Rodovalho Constantino (pesquisador responsável)

Eu _____ declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos” e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação do áudio da entrevista.
() Não autorizo a gravação do áudio da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Comitê de Ética e Pesquisa / CEP/ENSP / e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Tel e Fax: (21) 2598-2863

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisadora: Luana Rodovalho Constantino / email: lconstantino@gmail.com

Rua Frei Inocêncio 233 bloco 3 apto 301, Praia da Bandeira, Rio de Janeiro - RJ

CEP: 21921-546 / Tel.: (21) 99219-7617

Orientadora: Gisele O’Dwyer / email: odwyer@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões nº1408, ENSP, CSEGSF Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 [Tel:0**21-25982848](tel:0**21-25982848)

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESF

Prezado Participante,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa de Mestrado intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos”, desenvolvida pela discente Luana Rodovalho Constantino para obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da professora Dra. Gisele O’Dwyer. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na UPA e na ESF.

Este convite é porque você é profissional (médico ou enfermeiro) da ESF do Centro Saúde Escola Germano Faria Sinval ou da Clínica da Família Victor Valla e tem a função de atender os usuários que procuram a sua unidade em situação de urgência (demanda espontânea e/ou programada). Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal. Em cada unidade de saúde (CSEGFs e CFVV) será realizado um grupo focal no qual participarão enfermeiros e médicos que atuam diretamente no atendimento aos usuários de sua respectiva unidade. O grupo focal é uma técnica utilizada onde formamos um grupo com o objetivo de reunir informações sobre um tema de pesquisa baseadas na comunicação e na interação entre os integrantes do grupo.

Caso decida participar, iremos fazer a você e aos outros profissionais convidados algumas perguntas sobre motivos e dificuldades no atendimento de urgência na UPA e ESF. O tempo de duração deste encontro será de 1:30 h a 2h, e participarão, em média de 7 a 14 pessoas em cada grupo. Nosso encontro será realizado na sua Clínica da família, em sala reservada, garantindo seu bem-estar e só participarão o pesquisador, um pesquisador assistente e outros profissionais convidados da sua unidade (médicos e enfermeiros).

O pesquisador será o moderador grupo, introduzindo a discussão, esclarecendo dúvidas e garantindo que todos os participantes possam dar suas contribuições de forma livre. Para melhor análise da discussão do grupo, vamos realizar a gravação das conversas e estas posteriormente serão transcritas. A gravação somente será realizada após o seu consentimento. Além disso, o pesquisador assistente vinculado a ENSP estará presente para registrar algumas observações para podermos lembrar melhor das coisas que acontecerem durante o encontro. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruído, conforme Resolução 466/12 e orientações do

CEP/ENSP.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir constrangido e/ou incomodado ao longo do grupo ou posteriormente, por se tratar de perguntas referentes ao seu processo de trabalho. Visando minimizar os riscos de constrangimento e/ou incomodo a pesquisadora estará presente como moderadora do grupo e poderá esclarecer qualquer dúvida ou resolver qualquer conflito durante o encontro. Além disso, a pesquisadora adotará medidas que irão resguardar o sigilo e confidencialidade através local reservado para o grupo, conforme especificado acima, a não identificação dos nomes dos participantes e nem sua categoria profissional em nenhum momento da pesquisa. Porém, eventualmente o total sigilo não será possível dada às características das atividades e opiniões dos participantes.

A sua participação é voluntária, você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa nos contatos descritos neste termo e pode a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação nesse estudo não trará nenhum benefício direto a você, sendo o benefício relacionado à contribuição para a produção de conhecimento sobre o processo de trabalho na atenção as urgências de baixo risco nas UPAs e ESF.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma dissertação de mestrado da pesquisadora, além de artigos científicos, em congressos, dissertações e teses de alunos de pós-graduação. A pesquisadora se compromete em após a conclusão da dissertação de mestrado apresentar os resultados da pesquisa em reunião à equipe de funcionários da unidade pesquisada e aos participantes entrevistados. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não tendo qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo.

Este termo é composto por três páginas e terá duas vias. Ambas as vias serão assinadas pela pesquisadora e por você (participante da pesquisa), sendo que uma das vias ficará sob guarda da pesquisadora e a outra via com você. Nesse documento devemos assinar todas as páginas no local indicado no rodapé de cada página, sendo que na última página do termo deverá constar as assinaturas de ambos (pesquisadora e você participante da pesquisa), após a data, a fim de possibilitar a integridade das informações contidas no documento, como orientação do Comitê de Ética.

Em cada via deste termo de consentimento constam os contatos da pesquisadora e da orientadora de mestrado, onde você poderá entrar em contato para tirar suas dúvidas sobre o

projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Neste termo constam ainda os contatos do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018

Luana Rodovalho Constantino (pesquisador responsável)

Eu _____ declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos” e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação do áudio grupo focal.
 () Não autorizo a gravação do áudio grupo focal.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Comitê de Ética e Pesquisa / CEP/ENSP / e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Tel e Fax: (21) 2598-2863

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisadora: Luana Rodovalho Constantino / email: lrconstantino@gmail.com

Rua Frei Inocência 233 bloco 3 apto 301, Praia da Bandeira, Rio de Janeiro - RJ

CEP: 21921-546 / Tel.: (21) 99219-7617

Orientadora: Gisele O'Dwyer / email: odwyer@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões nº1408, ENSP, CSEGSF Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel:0**21-25982848

ANEXO IX

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESF

Prezado Participante,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa de Mestrado intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos”, desenvolvida pela discente Luana Rodvalho Constantino para obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da professora Dra. Gisele O’Dwyer. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a organização do processo de trabalho na atenção às urgências de baixo risco na UPA e na ESF.

Este convite é porque você é Agente Comunitário de Saúde (ACS) de uma das equipes da ESF do Centro Saúde Escola Germano Faria Sinal (CSEGFS) ou da Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Como ACS, você atende os usuários que procuram a sua unidade em situação de urgência (demanda espontânea e/ou programada) sendo na maioria das vezes, o primeiro contato dos usuários com a unidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal. Em cada unidade de saúde (CSEGFS e CFVV) será realizado um grupo focal no qual participarão outros ACS de outras equipes de sua respectiva unidade. O grupo focal é uma técnica utilizada na qual formamos um grupo com o objetivo de reunir informações sobre um tema de pesquisa baseadas na comunicação e na interação entre os integrantes do grupo.

Caso decida participar, iremos fazer a você e aos outros profissionais convidados algumas perguntas sobre motivos e dificuldades no atendimento de urgência na UPA e ESF. O tempo de duração deste encontro será de 1:30 h a 2h, e participarão, em média de 7 a 14 pessoas em cada grupo. Nosso encontro será realizado na sua Clínica da família, em sala reservada, garantindo seu bem-estar e só participarão o pesquisador, um pesquisador assistente e os demais ACS que trabalham em sua unidade que também serão convidados. O pesquisador será o moderador grupo, introduzindo a discussão, esclarecendo dúvidas e garantindo que todos os participantes possam dar suas contribuições de forma livre. Para melhor análise da discussão do grupo, vamos realizar a gravação das conversas e estas posteriormente serão transcritas. A gravação somente será realizada após o seu consentimento. Além disso, o pesquisador assistente vinculado a ENSP estará presente para registrar algumas observações para podermos lembrar melhor das coisas que acontecerem durante o encontro. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruído, conforme Resolução 466/12 e orientações do

CEP/ENSP.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir constrangido e/ou incomodado ao longo do grupo ou posteriormente, por se tratar de perguntas referentes ao seu processo de trabalho. Como uma das estratégias para minimizar os riscos de constrangimento este grupo focal terá a participação exclusiva de ACS. Acreditamos que a realização de um grupo focal contendo outras categorias profissionais poderia influenciar o seu comportamento e dos demais ACS, devido a possíveis interferências em suas contribuições, opiniões e pontos de vista relacionados ao tema em discussão. Sendo assim, você terá maior liberdade para expor seus pontos de vista e opiniões sem que haja interferência de outras categorias profissionais ou qualquer outra razão que poderia configurar algum constrangimento. Além disso, os ACS possuem uma atuação diferenciada dos demais profissionais sendo os primeiros acolhedores da demanda de suas unidades, trazendo elementos de discussão que serão mais evidenciados em discussão com a mesma categoria. Ainda visando minimizar os riscos de constrangimento e/ou incomodo a pesquisadora estará presente como moderadora do grupo e poderá esclarecer qualquer dúvida ou resolver qualquer conflito durante o encontro. A pesquisadora adotará medidas que irão resguardar o sigilo e confidencialidade através local reservado para o grupo, conforme especificado acima, a não identificação dos nomes dos participantes e nem sua categoria profissional em nenhum momento da pesquisa. Porém, eventualmente o total sigilo não será possível dada às características das atividades e opiniões dos participantes.

A sua participação é voluntária, você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa nos contatos descritos neste termo e pode a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação nesse estudo não trará nenhum benefício direto a você, sendo o benefício relacionado à contribuição para a produção de conhecimento sobre o processo de trabalho na atenção as urgências de baixo risco nas UPAs e ESF.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma dissertação de mestrado da pesquisadora, além de artigos científicos, em congressos, dissertações e teses de alunos de pós-graduação. A pesquisadora se compromete em após a conclusão da dissertação de mestrado apresentar os resultados da pesquisa em reunião à equipe de funcionários da unidade pesquisada e aos participantes entrevistados. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não tendo qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo.

Este termo é composto por três páginas e terá duas vias. Ambas as vias serão assinadas pela pesquisadora e por você (participante da pesquisa), sendo que uma das vias ficará sob

guarda da pesquisadora e a outra via com você. Nesse documento devemos assinar todas as páginas no local indicado no rodapé de cada página, sendo que na última página do termo deverá constar as assinaturas de ambos (pesquisadora e você participante da pesquisa), após a data, a fim de possibilitar a integridade das informações contidas no documento, como orientação do Comitê de Ética.

Em cada via deste termo de consentimento constam os contatos da pesquisadora e da orientadora de mestrado, onde você poderá entrar em contato para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Neste termo constam ainda os contatos do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018

Luana Rodovalho Constantino (pesquisador responsável)

Eu _____ declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa intitulada “ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: análise da organização do cuidado da ESF e da UPA no território de Manguinhos” e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação do áudio do grupo focal.
() Não autorizo a gravação do áudio do grupo focal.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Comitê de Ética e Pesquisa / CEP/ENSP / e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Tel e Fax: (21) 2598-2863

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisadora: Luana Rodovalho Constantino / email: lrconstantino@gmail.com

Rua Frei Inocêncio 233 bloco 3 apto 301, Praia da Bandeira, Rio de Janeiro - RJ

CEP: 21921-546 / Tel.: (21) 99219-7617

Orientadora: Gisele O’Dwyer / email: odwyer@ensp.fiocruz.br

Rua Leopoldo Bulhões nº1408, ENSP, CSEGSF Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel:0**21-25982848

APENDICE A

Esta dissertação compõe uma pesquisa intitulada **EFETIVIDADE DA REDE LOCAL DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MANGUINHOS**, coordenada por Gisele O'Dwyer.

Objetivo geral da pesquisa original foi:

- Avaliar a efetividade da assistência prestada no TEIAS considerando a inter-relação da rede assistencial de Manguinhos.

Objetivos específicos:

- Analisar o perfil do atendimento de demanda espontânea nos serviços que compõem a rede local, a partir de variáveis do atendimento e sociodemográficas;
- Verificar se as urgências de baixo risco atendidas na UPA são conflitantes com o atendimento de urgência de baixo risco próprio da ESF;
- Caracterizar processos assistenciais e processos decisórios na coordenação do cuidado que influenciam as demandas;
- Identificar o que facilita e o que dificulta a articulação da rede assistencial em Manguinhos.

A fim de compreender como essa dissertação compõe a pesquisa original, segue um resumo das etapas realizadas na pesquisa principal.

- grupo focal com a população usuária da UPA: foram realizados 3 grupos focais com usuários de Manguinhos classificados como verde no atendimento. Verificou-se a concepção de urgência dos usuários e os motivos para escolher a UPA/ESF para o atendimento às urgências.
- Observar a recepção de pacientes na ESF e UPA: Em 120h de observação verificou-se: os profissionais que realizaram acolhimento; características e processo de acolhimento; critérios mais comum de acesso; e para a ESF como as demandas programados e espontâneos são atendidos
- Entrevistas com gestores e responsáveis técnicos da UPA e ESF: essa etapa deu voz aos profissionais da gestão, com questões semelhantes às verificadas junto aos profissionais, nesta dissertação.
- Formas de acesso ainda burocrática com indícios de filas e determinação de horários para conseguir vaga