

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Stefânia Santos Soares

Desigualdade e dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção
às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Stefânia Santos Soares

Desigualdade e dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Dias de Lima.

Rio de Janeiro

2017

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

S676s Soares, Stefânia Santos.
(In) Segurança alimentar e nutricional de trabalhadores terceirizados em uma Unidade de Alimentação e Nutrição Pública: implicações da precarização do trabalho na saúde / Stefânia Santos Soares. -- 2017.
93 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientadora: Luciana Dias de Lima.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Ambulatorial.
3. Política de Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Estratégias.
6. Estratégias. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Stefânia Santos Soares

Desigualdade e dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção
às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde pública na área de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2017.

Banca Examinadora

Prof^a Dra Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a Dra Gisele O'Dwyer de Oliveira
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Prof^a. Dra. Luciana Dias de Lima (Orientadora)
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2017

A ela que mesmo tendo partido tão cedo me ensinou o gosto e importância do conhecimento como ferramenta de transformações [mãe, Vânia].

Ao meu pai e minha irmã por terem me dado incentivo e tranquilidade para seguir meus caminhos e sonhos [João e Rafaela].

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Luciana Dias de Lima, querida kalu, agradeço pela generosidade e dedicação com meu processo durante o mestrado e mesmo antes dele, em minhas outras passagens pela ENSP/FIOCRUZ. Sua garra na luta pelo SUS, competência e dedicação com a pesquisa me incentivam.

Aos professores da ENSP agradeço pelo compromisso com nosso processo de formação para o SUS e abertura ao diálogo.

À Dra. Anamaria Schneider, Luciana Krull e Renata Porto pela liberação e apoio para realização do mestrado.

Aos colegas do Viva Rio, com quem tanto conversei e debati sobre o tema e percursos da pesquisa, agradeço o interesse e troca de experiências. Agradeço, especialmente, Mariana Castro, Wimerson Domingues, Silvio Maffei, Daniel Fraga e Maria Rita Monteiro, pela disponibilidade em contribuir diretamente para que as etapas da pesquisa fossem possíveis.

À minha turma de mestrado, povo inquieto, comprometido, interessado uns nos outros, agradeço o carinho, risadas e boas histórias. Sim, a liga que esse grupo deu só poderia ter recebido o nome *Existe Amor EN(SP)*.

Às queridas Mariana Pan e Viviane Costa, presentes do mestrado, que levo para vida como irmãs.

*Nada é impossível de mudar
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
Pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer impossível de
mudar.*

Bertold Brecht.

RESUMO

As urgências configuram-se como demanda essencial dos sistemas universais de saúde por exigirem adequado tratamento nas situações de morbidade que requerem atendimento imediato. No Sistema Único de Saúde (SUS) as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) configuram-se como os principais serviços para atendimento às urgências de baixo risco. Este estudo partiu da questão de investigação de que a presença das UPA no território de referência da atenção básica influenciaria negativamente o fortalecimento deste nível de atenção como porta de entrada preferencial para o SUS. Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar as implicações da coexistência destes dois tipos de serviços para a atenção às urgências de baixo risco nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão, no município do Rio de Janeiro, ambos os bairros expressivos das desigualdades sociais existentes na cidade. Trata-se de um estudo multicaso que adotou contribuições da abordagem histórica comparativa para efeito da comparação sistemática e contextualizada entre os dois casos selecionados. A pesquisa empírica envolveu visita de campo, entrevistas, análise documental e pesquisa bibliográfica. O referencial de análise construído possui dois eixos centrais, o primeiro aborda as características dos territórios de referência e trajetória político-institucional dos serviços de saúde e o segundo eixo que discute a caracterização da oferta dos serviços, perfil da demanda de urgência de baixo risco e estratégias para integração entre UPA e UBS. Os resultados obtidos permitiram identificar 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.

Palavras-chave: Atenção básica. Atenção às urgências. Urgências de baixo risco.

ABSTRACT

Urgent care centers are an essential demand of universal health systems since they require appropriate treatment in situations of morbidity that needs immediate care. In the Unified Health System (SUS), the 24-hour Emergency Care Units (UPA) and the Basic Health Units (UBS) are the main services for low-risk emergency cases. This study initiated from the research question if the presence of UPAs in the territory of reference for primary care would influence negatively the strengthening of this level of attention as a preferential access for SUS. Thus, the general objective of the research was to analyze the implications of the coexistence of these two types of services for attention to low-risk emergencies at Rocinha and Complexo do Alemão neighborhoods, in the city of Rio de Janeiro. These two neighborhoods are expressive examples of the existing social inequalities in the city. This research is a multiple case study that adopted contributions of the comparative historical approach in order to proceed a systematic and contextualized comparison between the two cases selected. The empirical step of the research involved field visits, interviews, documentary analysis and bibliographic research. The analysis framework has two central axes: the first deals with the characteristics of the territories of reference and the political-institutional trajectory of the health services; and the second axis discusses the characterization of service provision, the profile for low-urgency demand and strategies for integrating UPA and UBS. The results obtained allowed to identify similarities and differences between the two selected cases, as well as, suggest that the coexistence between UPA and UBS can be beneficial. Although it is necessary to reshape the configuration of the services, in order to guarantee an organized offer of care for low-risk emergencies in each territory of reference.

Keywords: Primary care. Urgent care. Low-risk emergencies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma do sistema de urgência e emergência na Inglaterra	23
Figura 2	Imagem aérea com os limites das áreas de abrangência das unidades de saúde do bairro Complexo do Alemão. , município do Rio de Janeiro, 2017	38
Figura 3	Imagem aérea com os limites das áreas de abrangência das unidades de saúde do bairro da Rocinha, município do Rio de Janeiro, 2017.....	39
Figura 4	Fluxograma da porta de entrada de uma unidade de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro	57
Figura 5	Fluxograma da porta de entrada de uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro	58
Figura 6	Distribuição proporcional dos atendimentos realizados na UPA Rocinha e na UPA Alemão, segundo grandes grupos de idade. Município do Rio de Janeiro, abril de 2015 a março de 2016	62
Figura 7	Atendimentos, conforme classificação de risco, realizados na UPA Rocinha e na UPA Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016.....	63
Figura 8	Número de atendimentos para demanda espontânea, demanda programada e total de atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde dos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016	66
Figura 9	Número total de atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde e pronto atendimento dos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Referencial de Análise para coleta e sistematização de informações.....	31
Quadro 2	Unidades de saúde do bairro Complexo do Alemão (XXIX RA). Município do Rio de Janeiro, 2016	33
Quadro 3	Unidades de Saúde do bairro da Rocinha (XXVII RA). Município do Rio de Janeiro, 2016	34
Quadro 4	Relação dos entrevistados e tempo de ocupação no cargo de gestor de unidades de saúde. Município do Rio de Janeiro, 2016	35
Quadro 5	Categorias profissionais presentes nas equipes da Estratégia Saúde da Família, nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2016	53
Quadro 6	Categorias profissionais presentes nas unidades de pronto atendimento nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2016.....	54
Quadro 7	Lista dos principais diagnósticos relacionados às demandas classificadas como risco verde na UPA Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016.....	64
Quadro 8	Lista dos principais diagnósticos relacionados às demandas classificadas como risco verde na UPA Rocinha. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016.....	65
Quadro 9	Semelhanças e diferenças na organização da atenção às urgências de baixo risco nos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2017	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos domicílios da Rocinha e Complexo do Alemão segundo indicadores de infraestrutura urbana – município do Rio de Janeiro, 2010	40
Tabela 2	Taxa de analfabetismo segundo faixas etárias nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro - 2010.....	41
Tabela 3	Distribuição dos domicílios por condição de ocupação nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro - 2010.	42
Tabela 4	Distribuição dos responsáveis pelos domicílios segundo faixas de renda nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro - 2010	43
Tabela 5	Distribuição do rendimento mensal per capita segundo faixas de renda nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro - 2010	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CER	Coordenação de Emergência Regional
CF	Clínica da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Centro Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GP	General Practitioner
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPP	Instituto Pereira Passos
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAM	Postos de Atendimento Médico
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PS	Postos de Saúde
OS	Organização Social
RA	Região Administrativa
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UACPS	Unidades Auxiliares de Cuidados Primários em Saúde
UBS	Unidade básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: CONTEXTUALIZANDO O TEMA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL	20
1.1	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM DIFERENTES SISTEMAS DE SAÚDE.....	20
1.2	POLÍTICA DE SAÚDE E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	25
2	METODOLOGIA	29
2.1	ABORDAGEM E REFERENCIAL DE ANÁLISE	29
2.2	ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA	31
3	O TERRITÓRIO DE REFERÊNCIA E A TRAJETÓRIA POLÍTICO INSTITUCIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	37
3.1	CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO.....	37
3.2	TRAJETÓRIA E CARACTERÍSTICAS DA IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS	44
4.	CONFIGURAÇÃO DAS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO NA ROCINHA E NO COMPLEXO DO ALEMÃO	51
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA DOS SERVIÇOS E DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO.....	51
4.2	CARACTERIZAÇÃO DEMANDAS DE URGÊNCIA DE BAIXO RISCO NAS UPA E NAS UBS	60
4.3	ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE AS UPA E AS UBS NA ROCINHA E NO COMPLEXO DO ALEMÃO	68
5	O POSSÍVEL E O REAL NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	APÊNDICE A	85
	APÊNDICE B	88

INTRODUÇÃO

O tema dessa dissertação refere-se aos desafios da organização da atenção às urgências de baixo risco frente à implantação de dupla porta de entrada no território: Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O interesse por este tema surgiu durante minha inserção como auxiliar de pesquisa de campo na pesquisa intitulada “Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e desempenho das unidades de pronto atendimento (UPA)”. A experiência foi possibilitada pela participação no curso de especialização em gestão da atenção básica realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) no ano de 2012. A imersão na pesquisa suscitou questões acerca da atenção às urgências no âmbito da atenção básica, que teve como fruto a monografia “O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas”. No atual trabalho procuro aprofundar o debate, considerando as repercussões da implantação, interseção e coexistência de diferentes tipos de serviços num mesmo território de referência.

Segundo o conceito proposto pelo 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). No Brasil, devido ambivalência no uso de ambos os termos, recomenda-se como diretriz para regulação e organização do cuidado de saúde a identificação dos casos agudos que requerem atendimento imediato e a tipificação dessas situações por ‘grau de urgência’ (BRASIL, 2006). Dessa forma, propõe-se a adoção de um conceito amplo de urgência considerando as necessidades dos pacientes e familiares, as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e dos equipamentos assistenciais disponíveis (O’DWYER, 2009).

Entretanto, a experiência dos estudos acima mencionados sugere que o uso do termo urgência não é unânime ou facilmente compreendido no ambiente dos serviços de saúde.

Nas UPA a associação entre urgência e atendimento imediato está mais consolidada. Nas UBS, seu papel no atendimento às urgências tem sido progressivamente instituído por meio de políticas específicas (SOARES, 2014). Nestes serviços, utilizam-se mais comumente os termos livre demanda ou demanda espontânea para expressar necessidades de atendimento imediato (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS indica a adoção do *Acolhimento com Classificação de Risco* como ferramenta para promover a distinção dos níveis de riscos ou sofrimento, de forma a evitar o agravamento dos casos e prover cuidado em tempo oportuno (BRASIL, 2009). Há uma diversidade de protocolos adotados para classificação de risco. Os cinco reconhecidamente mais avançados por adotar uma perspectiva sistêmica de integração entre diferentes serviços são: Modelo Australiano, Modelo Canadense, Modelo Manchester, Modelo Americano e Modelo de Andorra (CORDEIRO JUNIOR et al, 2014).

Sabe-se que as diretrizes do Modelo de Manchester orientam muitos dos protocolos de classificação de risco implantados no Sistema Único de Saúde (SUS), como é o caso das UPA do município do Rio de Janeiro (KONDER, 2013). Este modelo associa algoritmos e discriminadores chaves a tempos de espera, que são simbolizados por cores. As demandas são separadas em dois grupos: alta prioridade (emergência e muito urgente) e baixa prioridade (urgente, pouco urgente e não urgente). As cores associadas são: cor vermelha – referente a uma emergência; cor laranja – referente a uma prioridade muito urgente; demandas urgentes têm cor amarela; pouco urgente é expresso por cor verde e não urgente pela cor azul (CORDEIRO JUNIOR et al, 2014).

Os eventos e sintomas classificados como verde e azul, ou seja, pouco ou não urgente, estão ligados a trauma menor cujos sinais são de contusões, distensões ou torções, dados vitais alterados assintomático, feridas e queimaduras de primeiro grau, dor abdominal sem gravidade clínica ou prostração, dor torácica não aguda, sintomas gripais, vômito ou diarreia sem desidratação, doença psiquiátrica ou comportamental sem risco imediato para si ou acompanhante, cefaleia aguda ou subaguda não súbita e dor moderada. Para cada um desses eventos também há uma série de qualificadores e sinais de alertas importantes de serem observados para estabelecer o grau de risco, bem como sua possível evolução (RIO DE JANEIRO, 2015).

O atendimento às urgências é parte vital dos sistemas universais de saúde por permitirem responder adequadamente às situações de morbidade que requerem atendimento imediato. Entretanto, a superlotação nos serviços de pronto atendimento é um problema recorrente em diferentes países, sugerindo deficiências nas formas de organização da atenção à saúde (CORDEIRO JUNIOR et al, 2014).

As experiências de Portugal, Espanha e Inglaterra, cujos sistemas públicos de saúde estão implantados há longa data, denotam maior clareza quanto às atribuições de cada serviço

no que diz respeito ao atendimento às urgências. No Brasil, embora a preocupação com o atendimento às urgências não seja recente, no contexto do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi formalmente implantada no início dos anos 2000 (MACHADO et al, 2011). Num primeiro momento, o foco foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e, posteriormente, a ampliação do acesso ao atendimento das urgências com expansão de unidades de pronto atendimentos e reformas de hospitais de emergência (MACHADO; BAPTISTA, 2012). Atualmente, sugere-se sua organização sob a lógica da Rede de Urgência e Emergência (RUE), cuja finalidade é articular todos os serviços de saúde que prestam atendimento às urgências médicas, de maneira a ampliar e qualificar o acesso aos componentes do sistema, garantindo agilidade do atendimento (BRASIL, 2011b).

A rede assistencial voltada para as urgências envolve unidades pré-hospitalares (atenção básica, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares de pronto atendimento), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, resgate, ambulâncias do setor privado) e hospitais (emergências e serviços de alta complexidade).

A partir de 2009, as UPA passam a figurar como principal mecanismo para implantação do componente pré-hospitalar fixo. Trata-se de um equipamento de complexidade intermediária inserido entre a Atenção Básica (AB) e Atenção Hospitalar, que deve se articular com os demais serviços da rede de urgência e emergência para garantir atendimento resolutivo aos quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e trauma, estabilizar e realizar investigação diagnóstica com finalidade de definir a necessidade ou não de transferir para hospitais de maior complexidade. Dentre as atribuições da UPA, ressalta-se que deve dar retaguarda às urgências atendidas nos serviços de AB, bem como realizar consulta médica de pronto atendimento aos casos de menor gravidade, seguindo a lógica de acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2014).

Na atenção básica não há um protocolo sistematizado para classificar o risco como há na UPA. A orientação de que haja programação das agendas dos profissionais para atendimentos contínuos de acordo com as linhas de cuidados faz parte das diretrizes nacionais no que diz respeito à atenção básica. Mas essas agendas também devem ser preparadas para absorver as demandas que surgem de situações imprevistas como, por exemplo, queixas de usuários com dor ao urinar, febre da criança, mulher com sangramento genital ou um adulto

com insônia persistente. Muitas vezes o atendimento a essas queixas demandará o acompanhamento contínuo da equipe, mesmo que pontualmente a situação tenha sido resolvida (BRASIL, 2012a).

Assim, UPA e UBS têm os seguintes aspectos comuns: 1) constituem-se como porta de entrada na rede de atenção à saúde; 2) devem promover atendimentos aos quadros agudos e crônicos agudizados; 3) devem acolher todos os usuários que procuram os serviços e garantir a referência, caso sejam necessários encaminhamentos.

A principal diferença entre estes serviços é que no caso da AB há orientação para que os usuários sejam acompanhados ao longo da vida por uma mesma equipe de saúde. Isso não é possível nas UPA, onde a escala de trabalho dá-se em regime de plantão. Na AB, os atendimentos imediatos devem gerar seguimento por meio de ações orientadas por linhas de cuidado específicas. Nas UPA o atendimento deve ser imediato, a espera é escalonada de acordo com protocolos de risco, mas não é possível acompanhamento contínuo.

Na política de saúde brasileira, nota-se que não há lugar exclusivo para atendimento às situações de urgência. São diferentes os serviços que podem se configurar como porta de entrada para esse tipo de demanda, tendo em vista uma mesma população/território de referência. Se por um lado tal aspecto sugere preocupações em ampliar o acesso, por outro, indica a necessidade de definir o papel e perfil de cada serviço e promover a articulação adequada entre eles no cuidado às urgências médicas, considerando diferentes contextos regionais.

Destaca-se ainda, a importância de se compreender os arranjos e dilemas para que o sistema de saúde consiga oferecer adequado atendimento às urgências de baixo risco, haja vista que o Brasil tem passado por mudanças no perfil sociodemográfico e epidemiológico que se assemelham ao percurso de países desenvolvidos, com crescimento da expectativa de vida ao nascer, queda na taxa de fecundidade e aumento contínuo na proporção de idosos. Ademais, há predomínio de doenças crônicas degenerativas e elevado número de causas externas no quadro de morbidades. Chama atenção o fato desse processo ocorrer de forma desigual dentre as diferentes regiões e grupos sociais, o que tenciona a organização da atenção à saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Dentre os diferentes grupos sociais, fatores como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, dentre outros, influenciam diretamente as condições de saúde. Sabe-se que pessoas em posições de maior desvantagem

social necessitam de maiores cuidados com a saúde, mas consomem menos os serviços e, quando o fazem, usam mais os postos e centros de saúde, os serviços de emergência e os serviços hospitalares (NERI; SOARES, 2002; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Frente a essa problemática, questiona-se: quais as possíveis repercussões da implantação e coexistência da UPA no território de referência de unidades de atenção básica? Neste sentido, a dissertação teve como objetivo geral analisar, em perspectiva comparada, as implicações da coexistência de diferentes tipos de serviços para a atenção às urgências de baixo risco nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão, no município do Rio de Janeiro.

Os dois bairros selecionados destacam-se como áreas carentes e expressivas das desigualdades territoriais existentes na cidade, hoje com aproximadamente 6,5 milhões de habitantes e um território de 1.200,278 km². O Rio de Janeiro configura-se como a maior cidade do estado e a segunda mais populosa do país. Notoriamente um município com projeção internacional, que se destaca pela influência que exerce sobre a política de saúde nacional voltada para as urgências. Até janeiro de 2013 haviam sido implantadas 61 UPA no estado do Rio de Janeiro e 50% destas unidades localizavam-se na capital (KONDER, 2013). A expansão da atenção básica em período recente também se destaca: a cobertura populacional por equipes de Estratégia Saúde da Família ampliou de 3,5 % (2009) para 65,5 % (2016); o número de equipes implantadas elevou-se de 68 para 967 equipes (BRASIL, 2017).

Os objetivos específicos do estudo foram:

1. Mapear o contexto sócio demográfico e epidemiológico das duas regiões selecionadas.
2. Caracterizar a implantação, a gestão e a capacidade da oferta para atendimento das urgências de baixo risco nos serviços de atenção básica e pronto atendimento.
3. Descrever o perfil de demandas e atendimentos de urgência prestados nos serviços de atenção básica e pronto atendimento.
4. Identificar os mecanismos de coordenação do cuidado às urgências de baixo risco nos serviços de atenção básica e pronto atendimento.
5. Discutir os desafios das configurações observadas para atenção às urgências de baixo risco.

Além dessa introdução, o trabalho está estruturado em 5 capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo sistematiza as experiências internacionais no atendimento às

urgências e aborda a contextualização sobre a política de saúde brasileira e, especificamente, no município do Rio de Janeiro. No segundo capítulo é explicitado a abordagem e o referencial de análise construído para nortear a comparação entre os casos, bem como estratégias e técnicas utilizadas na pesquisa. O terceiro e quarto capítulos apresentam os resultados e o quinto capítulo, a discussão e síntese do estudo, expressando as semelhanças e diferenças encontradas entre os dois casos.

1 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO: CONTEXTUALIZANDO O TEMA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL

1.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM DIFERENTES SISTEMAS DE SAÚDE

A atenção às urgências configura-se como um dos principais desafios para organização de serviços de saúde até mesmo para os países desenvolvidos. Nos EUA, Canadá, Reino Unido e outros países europeus, as urgências são muitas vezes o centro do problema de saúde.

Entre esses países, a França se destaca por possuir bons resultados e ampla acessibilidade desses serviços. Essa experiência tem sido compartilhada por muitos países da Europa, América do Sul, África e recentemente a Ásia. Atualmente, o país conta com aproximadamente 655 unidades de saúde que prestam cuidados 24 horas por dia, 7 dias da semana, para casos de emergência e atendimentos não programados. A grande maioria destas unidades (80%) pertence ao serviço público hospitalar (FRANÇA, 2015).

Uma visão ampla sobre o sistema permite observar que os cuidados primários e secundários que não exigem hospitalização são oferecidos por profissionais autônomos (médicos, enfermeiros, dentistas e fisioterapeutas), que trabalham em suas próprias clínicas. A modalidade de atendimento ambulatorial inclui ampla gama de serviços médicos e auxiliares, entre exames biológicos e radiológicos. Os médicos independentes, tanto generalistas como especialistas, atuam como GP. Um médico em consultório particular compromete-se, em média, com 3500 consultas e visitas por ano, embora isso possa variar significativamente, principalmente entre os especialistas (CHEVREUL, 2015).

Em menor quantidade, o atendimento ambulatorial também é oferecido em hospitais e centros de saúde por profissionais assalariados, sendo que o número de consultas representa cerca de 15% do total. Existe uma média de 1700 centros de saúde, geralmente dirigidos por autoridades locais ou associações de seguros mútuos, juntamente com outras organizações, oferecem tratamento gratuito para os grupos desfavorecidos (CHEVREUL, 2015).

Os pacientes são livres para escolher seus prestadores de saúde, embora exista uma estrutura de *gatekeeping* para consultas médicas. O acesso aos cuidados médicos, tanto em

termos de proximidade e finanças, é um problema em algumas áreas e também em relação a determinadas especialidades. Os médicos também são livres para escolher onde desejam instalar seus consultórios e há concentração geográfica da oferta de profissionais (CHEVREUL, 2015).

Na atenção às urgências e emergências, o sistema de saúde francês abrange estruturas pré-hospitalares que fazem a regulação das demandas, os serviços de urgência hospitalar e leitos hospitalares adequados para pacientes admitidos em serviços de emergência. Os centros de atendimento de emergência médica são de livre acesso em todo o país e são acionados a partir de ligações para central de regulação de urgências, o número para contato é o 15. Estes centros compartilham informações com os centros de atendimento de emergência da polícia e corpo de bombeiros. As chamadas de emergência que chegam ao centro de atendimento médico são tratadas por recepcionistas especializados, que são supervisionados e apoiados por médicos. As ações definidas dependem do nível de emergência. Se forem necessários primeiros socorros, é enviada a unidade de terapia intensiva móvel. Há também disponível uma equipe de primeiros socorros do Corpo de Bombeiros e um médico de cuidados primários de plantão. Em certos casos, o paciente é aconselhado a ir para o hospital de emergência mais próximo. O paciente pode também ser aconselhado a entrar em contato depois de algumas horas, a fim de confirmar os sintomas ou para agendar uma consulta com o *general practitioner* (GP) (CHEVREUL, 2015).

A continuidade dos cuidados é projetada para fornecer uma resposta rápida e adequada às necessidades do paciente à noite e nos fins de semana ou feriados, quando os ambulatórios estão fechados. O sistema depende de GPs que estão de plantão em uma base voluntária e são pagos com subsídios (CHEVREUL, 2015).

Chevreur (2015) exemplifica o percurso de um paciente que enfrenta sintomas típicos de um ataque cardíaco, com queixas de dor no peito e falta de ar. Suas opções de atendimento são: ligar para o centro de regulação de emergência; ligar para o corpo de bombeiros (número de contato 18); ligar para seu médico GP; ligar para um cardiologista ou ir diretamente para uma unidade de emergência geral. O aconselhável diante dos sintomas seria ligar para o centro de regulação, que faria a primeira avaliação e definiria as ofertas recomendáveis.

Outras experiências elencadas para ajudar a compreender os esforços dos países para organizar a atenção às urgências referem-se aos casos da Espanha, Inglaterra e Portugal, cujos sistemas de saúde possuem características próximas, como financiamento público, acesso

universal, rede de serviços integrada com Atenção Primária à Saúde resolutive. Notadamente o caso destes países é utilizado como modelo no desenvolvimento do SUS.

A implementação do sistema nacional de saúde na Espanha é de responsabilidade de cada uma das dezessete comunidades autônomas que constituem o país. Apesar disso, o sistema de saúde possui diretrizes e linhas de cuidados bastante homogêneas. Os médicos generalistas (GP), profissionais treinados para lidar com ampla gama de condições de saúde, atuam na atenção primária e possuem papel de *gatekeeper* no sistema de saúde, constituindo o primeiro contato com o sistema. Sendo assim, a maioria dos problemas dos usuários são resolvidos nesse nível de cuidado (GARCÍA-ARMESTO et al, 2010).

No que diz respeito às urgências, estão disponíveis dois mecanismos que podem ser acionados livremente pelos pacientes, sem ter que passar por um GP: os centros de atenção primária 24h (geralmente há um por região) e os serviços de emergência hospitalares. Nos casos em que o paciente não consegue se locomover até a unidade, pode ser solicitada uma visita no centro de atenção primária de referência ou através do *call center* de emergência, que deslocará uma equipe especializada. Os pacientes são sempre aconselhados a procurar os centros de saúde primários em demandas que não sejam fatais, pois os tempos de espera são mais curtos e os profissionais estão preparados para lidar com a maioria das condições de urgência.

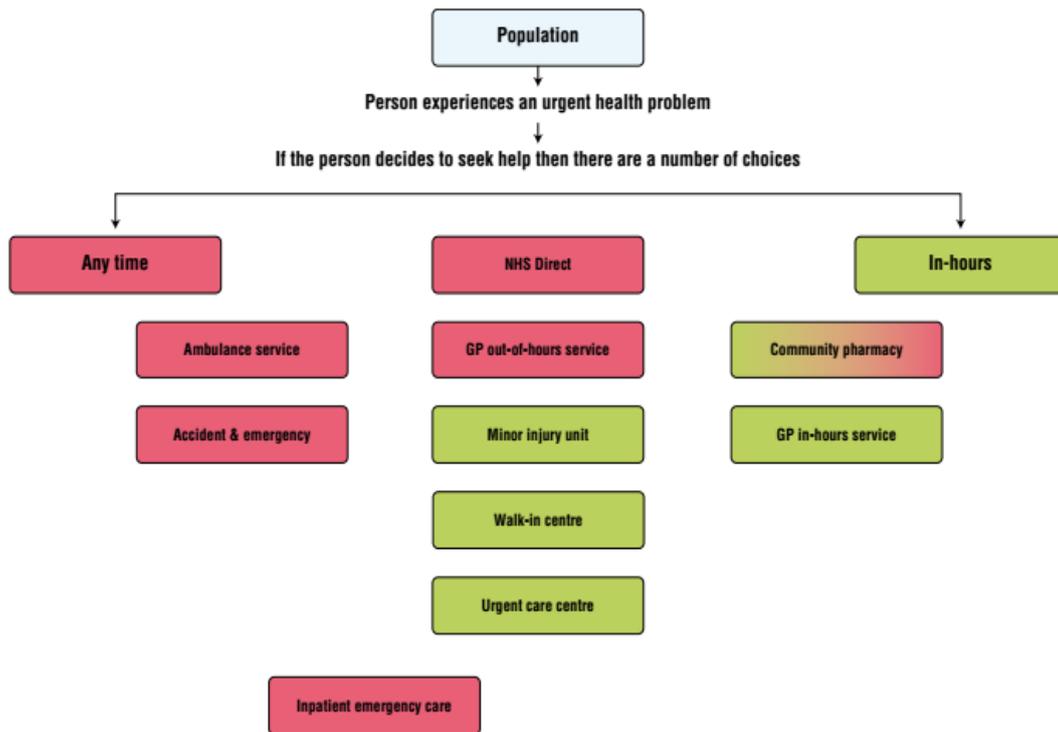
Os *call center* possuem papel importante na organização dos chamados de urgência. No contato telefônico é feita uma pequena entrevista para determinar a natureza da situação e decidir quais recursos mobilizar, bem como fornecer orientações, avaliar se a pessoa tem condições de lidar com a situação e decidir se é necessário enviar equipe ao local para investigação clínica adicional (GARCÍA-ARMESTO et al, 2010).

Sobre o sistema de saúde inglês, Boyle (2011) indica que no início dos anos 2000 o sistema passou por inúmeras críticas relacionadas à prestação de cuidados às urgências, incluindo a inadequação da disponibilidade, tempo e circunstância de espera. Não há uma definição precisa sobre sistema de urgência e emergência, mas há uma série de serviços que podem ser acessados a partir da perspectiva do paciente. Os serviços disponíveis para aquelas pessoas que têm uma urgência podem ser divididos entre os que estão disponíveis a qualquer hora do dia, como as ambulâncias, a partir do número 999, e os hospitais que possuem atendimento a acidentes e emergências (serviço A & E). Além do horário de trabalho convencional, é possível entrar em contato com o GP *out of hours service*, equipes de saúde mental e farmacêuticos locais. Dentre os serviços com horário delimitado, é possível acessar o

GP (*GP in hours service*), unidades para atendimento de pequenas lesões e centros de urgência. Abaixo se apresenta um fluxograma sobre as possibilidades de acesso ao sistema de saúde inglês em casos de urgências.

Figura 1 – Fluxograma do sistema de urgência e emergência na Inglaterra.

The emergency and urgent care system in England



Note: Services available at any time are indicated in red; services available for a limited number of "office" hours are indicated in green.

Fonte: (BOYLE, 2011, p. 249)

Também no sistema público de saúde de Portugal o primeiro contato do paciente é preferencialmente com o médico de família (GP) nos centros de atenção primária. Os pacientes podem escolher se registrar num centro próximo de sua casa ou do trabalho. O médico de família atua como regulador do percurso do usuário na rede de serviços públicos, mas, Barros et al (2011) apontam que na prática muitos pacientes procuram diretamente a emergência de hospitais para resolver sintomas agudos. Estima-se que 25 % das pessoas que dão entrada numa emergência hospitalar não precisariam de cuidados imediatos (BENTES et al, 2004 apud BARROS et al, 2011).

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) funciona em Portugal desde 1981, cuja organização na porção continental do país é feita pelo INEM, órgão do Ministério da Saúde. O paciente aciona o serviço por meio do número telefônico 112, que o direcionará para um Centro de Orientação do Doente Urgente (CODU) mais próximo. A partir desse centro serão acionados os recursos necessários para lidar com cada caso. O CODU tem vários meios para promover os cuidados, incluindo comunicação com hospitais para preparar a recepção aos casos, ambulâncias, carros de intervenção médica, helicópteros de emergência (BARROS et al, 2011).

No Brasil, as atribuições e responsabilidades dos gestores do SUS definem o papel central dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar às urgências, cabendo aos estados a função de ordenar a construção de sistemas regionais. Proposto em 2002, o documento que institui os Sistemas Estaduais de Urgência/Emergência reúne os elementos para implantação da denominada Rede de Urgência e Emergência, tais como: a integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização. Além de definir responsabilidades dos profissionais e serviços, permite um diagnóstico das dificuldades da rede, possibilitando correções (O'DWYER, 2012).

Conforme explicitado anteriormente, no SUS a Rede de Urgência e Emergência é formada por componentes pré-hospitalares e hospitalares. Dentre eles, a atenção básica, os ambulatorios especializados, os serviços de diagnóstico e terapias, as unidades não hospitalares de pronto atendimento (UPA) e os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, resgate, ambulâncias do setor privado), assim como os hospitais (emergências e serviços de alta complexidade).

Demonstra-se que, em termos normativos, está claro nas diretrizes da política de saúde brasileira que a atenção básica integra a RUE, com fundamental papel de acolher a demanda

espontânea, resolver aquelas que são urgência de baixa gravidade, inserir nas linhas de cuidado aquelas situações que não necessitam de atendimento imediato e manejar o transporte sanitário para as urgências complexas (SOARES, 2014).

Entretanto, considerando o cenário nacional, a atenção básica enfrenta dificuldades para assumir essas atribuições. Konder (2013) aponta dificuldades das equipes de atenção básica acolherem as demandas espontâneas diante às múltiplas tarefas programáticas, deficiência de qualificação profissional ou estrutura para atender casos urgentes, não dispondo de medicações e exames complementares adequados para esses casos.

Dessa forma, no caso brasileiro, observa-se que as normativas e diretrizes que compõem a atual Política Nacional de Atenção às Urgências são consistentes e guardam satisfatória coerência entre si. Indicam-se como recomendações importantes da política as propostas de regionalização e de responsabilização dos diferentes atores, assim como a valorização da centralidade no usuário. Faz-se necessário ampliar a resolutividade e participação da atenção básica, de forma que este nível possa assumir a regulação do sistema e absorver as urgências de baixa gravidade. Destaca-se que permanecem diversos desafios para a gestão das urgências em todas as esferas de gestão, além disso, com a frágil regulação e integração entre os serviços, é preciso que todos os níveis de atenção às urgências acolham as demandas (O'DWYER, 2012).

1.2 POLÍTICA DE SAÚDE E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O percurso histórico da política de saúde no município do Rio de Janeiro apresenta uma série de aspectos peculiares decorrentes da fusão do Estado da Guanabara, antiga capital federal, com o Estado do Rio de Janeiro, tais como conflitos de poderes, reorganização política-administrativa e unidades de saúde com diferentes vinculações (federais, estaduais e municipais) (LIMA, 2014).

Até a formalização do SUS, o município já dispunha de uma rede de serviços própria formada por unidades básicas e grandes hospitais, como Hospital Miguel Couto, o Hospital Souza Aguiar, o Hospital Salgado Filho e o Hospital Lourenço Jorge. Estes representavam importante referência para oferta de serviços de pronto atendimento à população. Além disso, no território do município coexistiam hospitais universitários, militares e aqueles voltados

para atendimento dos beneficiários dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão para categorias profissionais específicas (LIMA, 2014).

Sobre os serviços de AB, destaca-se que, até meados dos anos 80, estes foram implantados em áreas periféricas e de risco, priorizando a oferta de alguns serviços para população historicamente excluída. Já nos anos 90, o debate sobre as estratégias de municipalização foi privilegiado no processo de implantação do SUS, ficando a organização da AB em segundo plano. As unidades de atenção básica, representadas por Centro Municipais de Saúde (CMS), Postos de Saúde (PS), Unidades Auxiliares de Cuidados Primários (UACPS) e, com a municipalização, os Postos de Atendimento Médico (PAM) funcionavam com ênfase em programas de saúde focalizados, como doenças venéreas, hanseníase, tuberculose, hipertensão (LIMA, 2014).

Lima (2014) destaca que, ainda que houvesse uma lógica embrionária de organização territorial, esses serviços eram insuficientes, não se integravam aos outros tipos de serviços, estavam desigualmente distribuídos pela cidade e havia baixa capacidade de resolução dos problemas de saúde da população. Até meados dos anos 2000, a implantação de equipes de Saúde da Família no município foi bastante incipiente, uma vez que já estava em curso uma estrutura de serviços básicos, mas também por resistência ao novo modelo de atenção proposto.

Este cenário sofre alteração a partir de 2009, com acelerada implantação de equipes de saúde da família, passando de uma cobertura de aproximadamente 7% da população para 40% até o ano de 2012. Além de uma expressiva ampliação do acesso por meio da AB, destaca-se o aumento do orçamento da saúde no município, saindo de R\$ 1.9 para R\$ 4.3 bilhões entre 2008 e 2013 e de R\$ 243 milhões para R\$ 1.2 bilhões especificamente para AB (Silva, 2015).

A expansão da AB foi permeada por uma série de mudanças que repercutiram na reformulação deste nível de atenção no município. Dentre esses elementos, está a implantação de unidades novas, com a marca governamental de Clínica da Família. Além disso, os diferentes tipos de unidades básicas de saúde (UBS) foram padronizadas como Centros Municipais de Saúde, passando a incluir junto ao corpo técnico as equipes de saúde da família. Também houve criação da residência de medicina de família e comunidade como programa de formação da própria SMSRJ. Destaca-se a elaboração de carteira de serviço que norteia todas as ações e procedimentos que devem ser oferecidos em qualquer UBS. Dentre os serviços estão o cuidado à criança/adolescente e ao adulto/idoso, ações em saúde mental, saúde bucal, manejo de situações de urgência e emergência, promoção e vigilância em saúde e

procedimentos cirúrgicos a serem realizados no âmbito da AB. Mesmo com a notória ampliação do acesso, aponta-se que há fragilidade no processo de integração dos serviços com vistas a formar redes de atenção à saúde territorializadas, que possam garantir acesso oportuno, integrado e coordenado (SILVA, 2015).

Paralelo à expansão da ESF no município, pode-se afirmar que as UPA representam um importante incremento na estruturação da RUE, com exponencial ampliação da capacidade de pronto atendimento oferecida à população. Entretanto, essa ampliação colocou em evidencia as fragilidades da AB. Persistem dificuldades de acesso, principalmente relacionadas às necessidades de interação entre diferentes tipos de serviços. A inserção das UPA não tem modificado os modos de integração da rede. Ao contrário, identifica-se que a integração sistêmica da RUE ainda se encontra em estágio muito incipiente (KONDER, 2013).

Nesse sentido, em sua pesquisa a autora aponta que a recente implantação das UPA no município não está constituindo elementos facilitadores para construção de uma rede de atenção à saúde coordenada pela atenção básica. Konder (2013) destacou que as UPA têm atendido principalmente demandas de baixo risco, que seriam melhor acolhidas na AB, mas que acabam encontrando na UPA respostas mais imediatas, ainda que não duradouras. Uma possível consequência é que isso pode abalar o prestígio e confiança dos usuários na AB.

Sabe-se que a configuração da UPA como componente pré-hospitalar na política nacional de urgência e emergência teve forte influência da política estadual no Rio de Janeiro. A proposta surgiu num contexto de crise do setor saúde, que culminou com intervenção federal nos hospitais, assim como ascensão de governos cujas legendas partidárias formaram coalizão, inicialmente entre governo estadual e federal e posteriormente, entre as três esferas. Lima et al (2015a), indicam que os principais problemas que suscitaram essa janela de oportunidades para expansão do equipamento relacionam-se com limitações do acesso da população aos serviços de saúde, superlotação das portas de emergência e históricas dificuldades de integração de serviços relacionados sob gestão de diferentes esferas de governo, em especial a capital do estado.

Nesse sentido, a UPA surge como solução para a condução estadual por estar prevista em termos conceituais e orçamentários na política nacional. O estado não teria governabilidade para expandir a atenção básica ou intervir sobre os hospitais, cuja maioria estava sob gestão de outra esfera de governo. Além disso, o modelo encontrado – unidades

pré-moldadas estilo *container* – indicavam possibilidade de rápida implantação e visibilidade política (LIMA et al, 2015b).

Entre 2007 e 2012, foram implantadas 61 UPA no estado, sendo que metade se localizava na capital. A partir de 2009, nota-se que a aliança firmada entre o estado e o município propiciou a adoção de iniciativas estaduais e parcerias na condução da política de atenção às urgências no município. O mandato de Eduardo Paes (PMDB) teve duas marcas: a expansão da Estratégia Saúde da Família por meio da Clínica da Família e a inauguração das UPA municipais, seguindo o mesmo modelo das UPA estaduais, sob gestão de Organizações Sociais. Em janeiro de 2013, já haviam sido implantadas 14 UPA municipais. A justificativa para adoção dessa estratégia equivaleu-se à do estado: utilizar esse equipamento para desafogar as emergências hospitalares das demandas de baixa complexidade (LIMA et al, 2015b).

Com base no que afirmam as autoras é importante destacar que até o início de 2013 o município do Rio estruturou a atenção às urgências com um número expressivo de serviços, com perfis variados de atendimento e ligado aos três âmbitos de governos, tais como: Clínicas da Família, centros municipais de saúde, SAMU, UPA e CER e as emergências hospitalares. Entretanto, persistem problemas relativos à superlotação, qualidade, resolubilidade e integração, o que compromete a conformação da rede de atenção às urgências (LIMA et al, 2015b).

2 METODOLOGIA

2.1 ABORDAGEM E REFERENCIAL DE ANÁLISE

Trata-se de um estudo multicaso com foco em duas regiões selecionadas no município do Rio de Janeiro: os bairros da Rocinha situado na XXIX Região Administrativa e do Complexo do Alemão situado na XXVII Região Administrativa. A importância de métodos comparativos para o estudo de fenômenos complexos é bastante reconhecida em diferentes campos das Ciências Sociais (MACHADO; LIMA, 2015). Nas políticas de saúde, tais métodos têm sido utilizados para analisar a implantação e desenvolvimento da política pública, identificar momentos de inflexão e compreender a dinâmica de processos de reforma dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas.

A adoção da perspectiva comparada serve aos propósitos desse estudo por fornecer ferramental analítico adequado para a compreensão das configurações observadas entre diferentes tipos de serviços (UPA e serviços de atenção básica) e suas repercussões no atendimento das demandas de urgências de baixo risco. Além disso, a análise orientada para os casos específicos permitiu conhecer o contexto social e os fatores que influenciaram os arranjos identificados.

O estudo adotou contribuições da abordagem histórica comparativa para efeito da comparação sistemática e contextualizada entre dois casos selecionados. Três elementos caracterizam essa abordagem: análise de causalidade, ênfase em processos ao longo do tempo e comparação sistemática e contextualizada (MACHADO; LIMA, 2015). O primeiro aspecto refere-se à necessidade de identificação e teste de relações causais para explicação do evento investigado. Sobre a segunda característica, destaca-se a relevância da estrutura temporal e seqüência de eventos para compreender os processos analisados. E a terceira, remete à necessidade de rigor e detalhamento para comparar casos, de forma a provocar um diálogo entre teoria e evidências concretas.

Na pesquisa foi dada ênfase na estrutura temporal e seqüência de eventos que compõem a dinâmica dos dois casos, além do detalhamento de seus elementos. Nesse sentido, foram utilizados dois planos de comparação: um que se refere à comparação entre cada área (Rocinha e Alemão) e outro que parte dos tipos de serviços (UPA e AB).

Rueschemeyer (2002) aponta que os estudos de casos únicos ou poucos casos permitem gerar idéias teóricas originais, refutar hipóteses ou produzir novas, além de oferecer explicações causais convincentes. O autor esclarece que esse tipo de estudo não deve

concentrar-se nos limites do caso, mas, sim incorporar ampla gama de observações anteriores e aprofundado referencial teórico.

A análise comparada em perspectiva histórica pode produzir resultados ricos e indicam duas vantagens, uma que diz respeito à possibilidade de interação direta e freqüente entre o quadro teórico e os dados de cada caso, assim como também permite uma correspondência mais próxima entre os conceitos e as evidências empíricas. Este tipo de estudo não deve ser confundido com o estudo de uma única observação sobre um caso. Ao contrário, sua metodologia deve requerer cuidados para análise minuciosa de dados e múltiplas variáveis que o caso oferece (RUESCHEMEYER, 2002).

Nesse sentido, a pesquisa articulou descrição detalhada de cada caso com explicação sobre os fenômenos analisados, além de identificar possíveis convergências e divergências entre os dois cenários. Para isso, o referencial de análise construído abrangeu dois eixos: 1) características dos territórios de referência e trajetória político-institucional dos serviços e 2) configuração da atenção às urgências de baixo risco. O Quadro 1 (p.30) explicita os eixos utilizados, suas dimensões, variáveis e fontes de pesquisa.

O eixo *Características dos territórios de referência e trajetória político-institucional dos serviços* contou com duas dimensões. A primeira permitiu mapear as condições socioeconômicas e aspectos demográficos da população de ambos os casos, a partir de variáveis diferentes, tais como: condição de ocupação dos domicílios, cobertura de serviços urbanos (abastecimento de água e esgoto, energia elétrica, coleta de lixo), taxa de alfabetização por grupos etários e dados sobre renda. A segunda dimensão abordou as características de implantação e gestão dos serviços, priorizando-se variáveis como elementos históricos, tempo de inauguração de cada serviço, localização geográfica, relações institucionais, aspectos relacionados ao contrato de gestão com organização social e orientações para os processos de trabalho nas unidades de saúde.

O eixo *Configuração da atenção às urgências de baixo risco* foi dividido em três dimensões. A primeira, orientada pela forma como os serviços se estruturavam para atender as urgências de baixo, buscou analisar diretrizes e regras da SMS/RJ, fluxos de acesso aos serviços, quadro de categorias profissionais que compõem as equipes, estrutura física, insumos e equipamentos disponíveis. A segunda dimensão focou o perfil da demanda atendida nas UBS e nas duas UPA. Para sua análise foram utilizadas variáveis como número total e percentual de atendimentos realizados segundo grupos de idade, percentual dos atendimentos por classificação de risco e principais diagnósticos realizados para demandas de

baixo risco. Nas UBS, o perfil de atendimentos foi identificado a partir do número de demandas espontâneas e programadas realizadas ao longo de um ano. A terceira dimensão enfatizou as estratégias para integração entre os serviços, a partir de questões que envolvem a relação entre os serviços de AB e pronto atendimento.

Quadro 1 – Referencial de Análise para coleta e sistematização de informações.

Eixos de análise	Dimensões	Variáveis/Indicadores	Fonte de dados
Características do território de referência e trajetória político institucional dos serviços de saúde	Condições socioeconômicas e aspectos demográficos da população	- renda, escolaridade, IDH - infraestrutura urbana - dados demográficos	Bancos de dados oficiais
	Trajétória e características da implantação e gestão dos serviços	- tempo de implantação - localização - modelo de gestão - formas de contratação - formas de acompanhamento - registro de informação	Entrevistas
Configuração da atenção às urgências de baixo e risco	Caracterização da oferta dos serviços de saúde	- categorias profissionais - insumos e estrutura disponíveis - horário de funcionamento - cobertura APS - porte das UPA	Entrevistas
	Caracterização das demandas de urgência de baixo risco	- tipos de demandas (CID) - perfil e faixa etária - frequência e distribuição	Entrevistas Banco de dados da gestão/relatórios gerenciais
	Estratégias de articulação entre os serviços	- formas de encaminhamento dos casos entre UPA/UBS e UBS/UPA; - fluxos adotados entre UPA/AB - recursos compartilhados - mecanismos de integração	Entrevistas

Fonte: Elaboração própria.

2.2 ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

O estudo de natureza eminentemente qualitativa apoiou-se em métodos qualitativos e quantitativos para coleta e sistematização de informações.

Para a escolha dos casos foram adotados quatro critérios principais. Primeiramente, foi selecionado um recorte territorial de referência para organização da atenção básica com existência de UPA. O segundo critério exigiu que o perfil socioeconômico e demográfico, bem como a cobertura de AB fosse razoavelmente semelhante entre os casos. O terceiro, que não existisse diferença no ente governamental responsável pela gestão das UPA, ou seja, deveriam ser todas com gestão municipal ou todas com gestão estadual. Em acréscimo, o quarto critério privilegiou a facilidade de acesso às duas regiões da cidade para realização da pesquisa de campo.

Esses critérios foram adotados para que a comparação entre os casos pudesse ressaltar os desafios e possíveis implicações da coexistência territorial de serviços de atenção básica e pronto atendimento no que se refere à organização da atenção às urgências de baixo risco. Dessa forma, foi preciso diminuir possíveis efeitos de diferenças relacionadas ao contexto socioeconômico e aquelas relacionadas à esfera de gestão responsável pelas unidades de saúde.

O município do Rio de Janeiro divide-se em cinco grandes Áreas de Planejamento (A.P), sete subprefeituras, trinta e três Regiões Administrativas (R.A) e 160 bairros (IPP, 2016). Considerando os critérios elencados, os casos foram selecionados a partir de dois bairros da cidade, a Rocinha e o Complexo do Alemão.

No ano de 2016, havia implantado no Complexo do Alemão (RA XXIX) 25 equipes de saúde da família, distribuídas em quatro unidades básicas de saúde. O pronto atendimento localizado neste bairro é a UPA 24h Alemão, sob gestão municipal. Há também o Centro de Atenção Psicossocial João Ferreira, com atendimento 24h voltado para população adulta. O Quadro 2 (p.32) demonstra a lista das unidades de saúde presentes no Complexo do Alemão.

Quadro 2 – Unidades de saúde do bairro Complexo do Alemão (XXIX RA). Município do Rio de Janeiro, 2016.

Nome da unidade	Tipo	ESF	Horário	Endereço
CF Rodrigo Roig	AB	4	2ª feira á 6ª feira 08:00 às 20:00 Sábado 08:00 às 12:00	Estrada do Itararé, 640 Ramos - CEP: 21061-240 Telefone: 3881-7939
CF Zilda Arns	AB	12	2ª feira à 6ª feira 08:00 às 20:00 Sábado 08:00 às 12:00	Estrada do Itararé, 951 - subsolo Ramos - CEP: 21061-240 Telefone: 2290-4418
CF Palmeiras*	AB	3	2ª feira á 6ª feira - 08:00 às 17:00	Rua Augusto Borborema,S/Nº-Inhaúma - CEP : 20766-195 Telefone: 9989-59225
CMS Alemão**	AB	6	2ª feira á 6ª feira - 08:00 às 18:00	Estrada do Itararé, SN Ramos - CEP: 21061-240 Telefone: 2260-2972
UPA Alemão	Urgência e emergência	-	24h	Estrada do Itararé, 951 Telefone: 3868-3948
CAPS III João Ferreira	Atenção Psicossocial	-	24h	Estrada do Itararé, 951

Fonte: Informações fornecidas pela OS Viva Rio

* A CF Palmeiras foi fechada em dezembro de 2016, as equipes de saúde da família foram transferidas para CF Zilda Arns.

** Em novembro de 2016 a unidade foi transferida para novas instalações em outro endereço no Complexo do Alemão, com o nome de Clínica da Família Valter Felisbino de Souza.

A Rocinha (RA XXVII) contava com 25 equipes de saúde da família nas três unidades básicas de saúde existentes no bairro, além da UPA 24h Rocinha e o Centro de Atenção Psicossocial Maria do Socorro – CAPS 24h. O Quadro 3 (p.33) demonstra as unidades de saúde da Rocinha.

Quadro 3 – Unidades de Saúde do bairro da Rocinha (XXVII RA). Município do Rio de Janeiro, 2016.

Nome da Unidade	Tipo	ESF	Horário	Endereço
CF Maria do Socorro	AB	11	Seg. à sexta 08:00 às 20:00 / Sábado 08:00 às 12:00	Estrada da Gávea, 522, Curva do S, Rocinha - CEP: 22451-264
CF Rinaldo Delamari	AB	8	Seg. à sexta 08:00 às 20:00 / Sábado 08:00 às 12:00	Av. Niemeyer, 776 São Conrado - CEP: 22450- 221
CMS Alberto Sabin	AB	6	Seg. à sexta 08:00 às 17:00 / Sábado 08:00 às 12:00	Estrada da Gávea, 250 Rocinha - CEP: 22451-264
UPA Rocinha	Urgência e emergência	-	24h	Estrada da Gávea, 522, Curva do S, Rocinha - CEP: 22451-264
CAPS III Maria do Socorro	Atenção Psicossocial	-	24h	Estrada da Gávea, 522, Curva do S, Rocinha - CEP: 22451-264

Fonte: Informações fornecidas pela OS Viva Rio

O recorte temporal utilizado buscou privilegiar o contexto recente da política de saúde no município. Sendo assim, partiu-se do ano de 2009, reconhecidamente um marco na expansão da ESF no Rio de Janeiro até o ano de 2016, quando ocorreu a pesquisa de campo propriamente dita. A caracterização do perfil da demanda de baixo risco atendida nas unidades de saúde pesquisadas foi feita considerando o período de março de 2015 a abril de 2016, quando dados estavam disponíveis.

A pesquisa orientou-se pelas Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos - resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b). Foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Obteve parecer favorável nos dois órgãos, CAAE: 55113116.3.0000.5240.

Foram realizadas 9 entrevistas com gestores das UPA, das UBS e o secretário municipal de saúde. O critério para escolha dos entrevistados foi a função de condução dos serviços pesquisados e apropriação sobre a política de saúde do município. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Para não identificar os sujeitos e guardar sigilo, durante o tratamento das informações coletadas foi atribuído um código para cada um, com ordenamento aleatório (gestor 1 a gestor 9). O Quadro 4, mostrado abaixo, apresenta a relação dos entrevistados com o tempo de ocupação no cargo de gestor.

Quadro 4 – Relação dos entrevistados e tempo de ocupação no cargo de gestor de unidades de saúde. Município do Rio de Janeiro, 2016.

Entrevistado	Tempo na Função
Gestor 1	24 anos
Gestor 2	2 anos
Gestor 3	4 anos e 3 meses
Gestor 4	2 anos
Gestor 5	1 ano e 6 meses
Gestor 6	1 ano e 6 meses
Gestor 7	5 anos
Gestor 8	3 anos e 6 meses
Gestor 9	1 ano e 6 meses

Fonte: Elaboração própria

Foi adotado roteiro semi-estruturado para coleta dos dados (Apêndice B). As questões do roteiro foram orientadas pelas dimensões citadas no referencial de análise.

As entrevistas foram transcritas e após leitura exaustiva do material foi possível sistematizar as informações em uma matriz que correspondia ao referencial de análise. As colunas da matriz representam a síntese de questões do roteiro semi-estruturado e incluem outras dimensões que surgiram durante as entrevistas. Dessa forma, na matriz visualizou-se para cada unidade de saúde visitada: a data de inauguração, aspectos históricos, características sobre o local de implantação, formas de relacionamento com a secretaria municipal, indicativos sobre os processos de trabalho, estratégias para integração entre UPA e UBS, realização de referência e contrarreferência, desafios, ações para qualificar a atenção às urgências, dentre outros.

O uso da matriz facilitou a organização das informações e permitiu traçar comparações entre a UPA Rocinha e a UPA Alemão; a UPA e as unidades de atenção básica e os serviços

de saúde da Rocinha e os serviços de saúde do Complexo do Alemão. O exercício de comparação foi exaustivamente praticado, o que permitiu reunir informações convergentes e divergentes entre os casos, além de elementos inusitados.

Outra estratégia adotada para coleta de dados foi a análise documental, priorizou-se documentos oficiais da SMS/RJ, como: Manual de acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgência e emergência; contrato de gestão entre SMS/RJ e OS Viva Rio; relatórios técnicos da OS Viva Rio para a comissão técnica de avaliação do contrato de gestão e caderneta do usuário – registro e acompanhamento de procedimentos e serviços de saúde. Outros documentos de âmbito municipal consultados foram o relatório anual de gestão das coordenadorias de atenção primária e a carteira de serviços da atenção básica.

Também foi necessária coleta e análise de dados secundários, disponibilizados nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), DATASUS e Instituto Pereira Passos. Tendo em vista o interesse do estudo no perfil das demandas atendidas pelas UPA e UBS, utilizaram-se dados extraídos dos prontuários eletrônicos instalados nas unidades de saúde. Os bancos foram cedidos pela OS Viva Rio, com autorização do gestor municipal, contendo os resultados da produção ambulatorial dos serviços.

Além disso, foi feita revisão bibliográfica com a finalidade de aprofundar a discussão sobre a estruturação da atenção às urgências, bem como de temas que ajudaram a caracterizar os casos e a política de saúde no município. As principais fontes foram os sites Scientific Electronic Library (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca de Saúde Pública/Icict/Fiocruz, Google Acadêmico e livros impressos.

A narrativa sobre os resultados da pesquisa foi elaborada cotejando informações dessas diferentes fontes. Para melhor compreensão foram organizadas em três capítulos dessa dissertação, capítulo 3, 4 e 5, conforme pode ser visto a seguir.

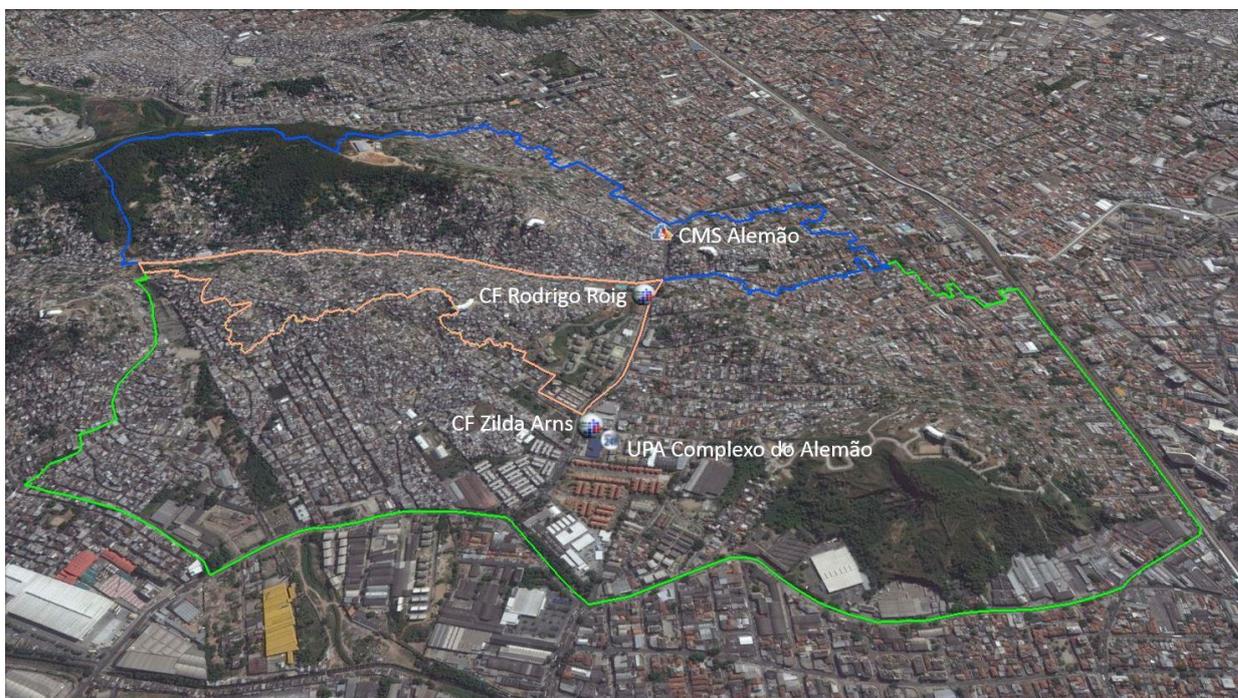
3 O TERRITÓRIO DE REFERÊNCIA E A TRAJETÓRIA POLÍTICO INSTITUCIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo é feita a análise do contexto socioeconômico e demográfico que demarca os dois casos estudados: a Rocinha e o Complexo do Alemão. Além disso, buscou-se compreender a trajetória e características de implantação das unidades de saúde, dentre outros elementos relevantes sobre a gestão dos serviços.

3.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO

Embora habitualmente descritos como áreas de grandes favelas, o Complexo do Alemão e a Rocinha são bairros da cidade do Rio de Janeiro oficializados em 1993. O Complexo do Alemão situa-se na zona norte do município e constitui-se como um dos 28 bairros da área de planejamento 3.1, subdivisão regional utilizada para fins de gestão em saúde. Esta área concentra bolsões de pobreza, como o complexo de favelas da Maré e de Manguinhos. O mapa abaixo apresenta os limites do território do Complexo do Alemão com as quinze comunidades que o compõem.

Figura 2 - Imagem aérea com os limites das áreas de abrangência das unidades de saúde do bairro Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Sistema de Informação – Os Viva Rio

A Rocinha é um dos 16 bairros da zona sul do município, pertence à área de planejamento 2.1, região que concentra parte significativa da população de alta renda e que apresenta os melhores índices de desenvolvimento humano (IDH), maior renda e um número maior de serviços públicos e privados de saúde.

Figura 3 – Imagem aérea com os limites das áreas de abrangência das unidades de saúde do bairro da Rocinha. Município do Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Sistema de Informação – Os Viva Rio

Essa diferença de inserção na cidade entre as duas áreas é marcante e ressaltada pelo contraste de paisagens que as cercam. O relevo do Complexo do Alemão, formado por vários morros, com construções em toda sua extensão, pode dar impressão de uma rotina pacata, não fossem os freqüentes conflitos armados presentes no local. A Rocinha, repleta de ladeiras íngremes e vielas estreitas, trânsito intenso e comércio volumoso, lembra um grande edifício, com portas e janelas desalinhadas. Além disso, pode-se visualizar em vários pontos deste bairro cartões postais da cidade, como a praia de São Conrado, a Lagoa Rodrigo de Freitas e o Cristo Redentor.

Considerando a área total, o Complexo do Alemão possui 341,8 m² com 18.226 domicílios e a Rocinha possui 865,1 m² com 24.543 domicílios. Nos bairros residem 69.143 e 69.356 pessoas, respectivamente. A distribuição da população por sexo apresenta percentuais próximos, sendo, 53% do sexo feminino no Complexo do Alemão e 51% do sexo feminino na Rocinha (IBGE, 2010).

No Complexo do Alemão 27% dos habitantes estão no grupo de idade de 0 a 14 anos, enquanto 69% estão entre 15 e 64 anos e 5% com 65 anos ou mais. Dentre os habitantes da Rocinha 25% têm de 0 a 14 anos, 72% estão entre os 15 e 64 anos e 3% acima dos 65 anos.

A infraestrutura urbana presente nos dois bairros pode ser considerada análoga no que diz respeito ao abastecimento de água, rede de esgoto e distribuição de energia elétrica (Tabela 1). Mesmo assim, sutis diferenças puderam ser encontradas em alguns aspectos a favor do bairro da Rocinha e, em outros, do Complexo do Alemão.

No Complexo do Alemão observam-se melhores resultados para cobertura da rede de água, onde 99,6% dos domicílios possuem abastecimento adequado, enquanto na Rocinha o percentual é de 98,7%. A distância é maior entre os percentuais de cobertura da rede de esgoto, sendo 94,8% para domicílios do Complexo do Alemão e 86,4% na Rocinha.

Tabela 1 – Distribuição dos domicílios da Rocinha e Complexo do Alemão segundo indicadores de infraestrutura urbana. Município do Rio de Janeiro, 2010.

Variáveis	Bairro			
	Rocinha		Complexo do Alemão	
	n	%	n	%
Abastecimento de Água				
Adequado	23.040	98,7	17.471	99,6
Inadequado	307	1,3	64	0,4
Total	23.347	100,0	17.535	100,0
Rede de esgoto				
Adequado	20.078	86,4	16.620	94,8
Inadequado	3.241	13,5	875	5,0
Sem banheiro	28	0,1	40	0,2
Total	23.347	100,0	17.535	100
Destino do lixo				
Adequado	22.934	98,3	16.102	91,8
Inadequado	413	1,8	1.433	8,2
Total	23.347	100,0	17.535	100
Fornecimento de energia elétrica				
Companhia distribuidora/ com medidor	20.924	89,6	9.529	54,3
Companhia distribuidora/ sem medidor	2.062	8,8	6.485	37,1
Outras fontes	349	1,5	1.514	8,6
Sem energia elétrica		0,1		-
Total	23.347	100,0	17.535	100,0

Fonte: Relatório Panorama dos Territórios – UPP Rocinha/UPP Alemão – Instituto Pereira Passos e Instituto Rio Mais Social – 2017.

* Os relatórios utilizam dados coletados no Censo 2010.

Referente ao serviço de coleta de lixo e distribuição de energia elétrica, nota-se melhor estrutura no bairro da Rocinha onde os percentuais de cobertura chegam a 98,3% e 89,6% dos domicílios, respectivamente. Destaca-se a cobertura mediana de energia elétrica no Complexo do Alemão, apenas 54,3% dos domicílios recebem energia elétrica da companhia distribuidora e possuem medidor próprio.

A taxa de analfabetismo desagregada para três recortes etários (Tabela 2) mostra piores resultados no Complexo do Alemão. Considerando as crianças com 8 e 9 anos, para as quais se espera que estejam alfabetizadas há dois anos, nota-se que no Complexo do Alemão 13,4% e na Rocinha 11,3%, não sabem ler e escrever. Dentre as pessoas com 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo difere-se por décimos, sendo 3,4 % na Rocinha e 3,6% no Complexo do Alemão. Na faixa etária das pessoas com 15 anos ou mais de idade o percentual é mais elevado, sendo 6,7 % de pessoas não alfabetizadas na Rocinha e 7,7 %. no Complexo do Alemão. Esses resultados chamam atenção quando comparados à taxa de analfabetismo do município, que é de 2,9 % da população nessa faixa de idade (IPP, 2017).

Tabela 2 – Taxa de analfabetismo segundo faixas etárias nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2010.

Taxa de analfabetismo	Bairro			
	Rocinha		Complexo do Alemão	
	n	%	n	%
8 a 9 anos de idade				
Alfabetizadas	1.922	88,7	1.840	86,7
Não Alfabetizados	245	11,3	283	13,3
Total	2.167	100,0	2123	100,0
10 a 14 anos de idade				
Alfabetizadas	5.740	96,6	5.562	96,4
Não Alfabetizados	203	3,4	205	3,6
Total	5943	100,0	5.767	100,0
15 anos ou mais				
Alfabetizadas	48.566	93,3	39.451	92,3
Não Alfabetizados	3.503	6,7	3.269	7,7
Total	52.069	100,0	42.720	100,0

Fonte: Relatório Panorama dos Territórios – UPP Rocinha/UPP Alemão – Instituto Pereira Passos e Instituto Rio Mais Social – 2017.

* Os relatórios utilizam dados coletados no Censo 2010.

No que se refere às condições socioeconômicas dos dois bairros, nota-se que no Complexo do Alemão a maioria (80%) dos domicílios é considerada um bem próprio do morador, na Rocinha esse percentual é de 62% (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos domicílios por condição de ocupação nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2010

Condição de Ocupação	Rocinha		Complexo do Alemão	
	n	%	n	%
Próprio	14.559	62,0	14.075	80,0
Alugado	8.546	37,0	3.057	17,0
Cedido	229	1,0	385	2,0
Outros	13	-	18	0,1
Σ	23.347	100,0	17.535	100,0

Fonte: Relatório Panorama dos Territórios – UPP Rocinha/UPP Alemão – Instituto Pereira Passos e Instituto Rio Mais Social – 2017.

* Os relatórios utilizam dados coletados no Censo 2010.

Quanto ao Índice de desenvolvimento Humano (IDH), dentre os 160 bairros do município, observa-se que o Complexo do Alemão ocupa a 149ª posição, com IDH de 0,474 e a Rocinha a 151ª posição com IDH de 0,458 (IPP, 2008). Considerando os dados sobre a renda dos responsáveis pelos domicílios (Tabela 4, p.42), observa-se que em ambos os bairros a maioria recebe mais de 1/2 a 2 salários mínimos. Na Rocinha há maior percentual de responsáveis pelo domicílio recebendo mais de 3 salários (4,1%) se comparado ao Complexo do Alemão (2,3%). Os dados demonstram que, mesmo havendo grande concentração de pobreza nestes bairros, na Rocinha é possível identificar melhores níveis de renda.

Tabela 4 – Distribuição dos responsáveis pelos domicílios segundo faixas de renda nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2010

Faixa de renda	Bairro			
	Rocinha		Complexo do Alemão	
Salário Mínimo (SM)	n	%	n	%
Até 1/2	327	1,4	404	2,3
+1/2 a 1	7.051	29,4	5.665	32,3
+ 1 a 2	9.672	40,4	6.430	36,7
+2 a 3	2.083	8,7	1.266	7,2
+3	993	4,1	409	2,3
Sem Rendimento	3.844	16,0	3.361	19,2
Total	23970	100,0	17535	100,0

Fonte: Relatório Panorama dos Territórios – UPP Rocinha/UPP Alemão – Instituto Pereira Passos e Instituto Rio Mais Social – 2017.

* Os relatórios utilizam dados coletados no Censo 2010.

Ressalta-se que os dados são do Censo de 2010, época em que o salário mínimo era de R\$ 510,00 reais. Sendo assim, a linha de pobreza estava definida com valor de R\$ 140,00 reais, equivalente à faixa de renda que vai de mais de 1/8 até 1/4 de salário mínimo, isto é, de R\$ 63,76 a R\$ 127,5 reais.

A Tabela 5, da página 43, apresenta as faixas de renda comparadas entre Rocinha e Complexo do Alemão, o que aponta para elevada pobreza nestes bairros. Observa-se que tanto na Rocinha quanto no Complexo do Alemão a maior concentração dá-se nas quatro primeiras faixas de renda, demonstrando que mais da metade da população está na linha da pobreza. No Complexo do Alemão os percentuais para cada uma das primeiras faixas de renda são maiores que na Rocinha, sendo esta uma área com piores condições de vida e maior vulnerabilidade.

Tabela 5 – Distribuição do rendimento mensal per capita segundo faixas de renda nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2010.

Faixa de renda	Bairro			
	Rocinha		Complexo do Alemão	
Salário Mínimo (SM)	n	%	n	%
Até 1/8	114	0,5	244	1,4
1/8 a ¼	1.010	4,2	1.251	7,1
+ ¼ a ½	4.278	18,1	4.175	23,8
½ a 1	9.050	38,7	6.858	39,1
+1 a 2	6.184	26,8	3.378	19,3
+ 2	1.228	5,4	462	2,6
Sem Rendimento	1.488	6,3	1.180	6,7
Total	23352	100,0	17548	100,0

Fonte: Relatório Panorama dos Territórios – UPP Rocinha/UPP Alemão – Instituto Pereira Passos e Instituto Rio Mais Social – 2017

* Os relatórios utilizam dados coletados no Censo 2010.

3.2 TRAJETÓRIA E CARACTERÍSTICAS DA IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Uma diferença de mais de vinte anos distingue a experiência dos dois bairros quanto à oferta de serviços de atenção básica. O CMS Albert Saibin foi implantado na Rocinha em 1982, como parte dos esforços de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município após a Declaração de Alma Ata (1978). Naquele momento, optou-se por implantar serviços denominados *unidades auxiliares de cuidados primários* nas periferias com maior adensamento populacional. Até o ano de 2009 essa era a única unidade de atenção básica no território responsável por garantir serviços como imunização, consultas médicas pediátricas, obstétricas e clínica geral.

A unidade era porta de entrada para situações que requeriam atendimento imediato, com baixa capacidade para absorver a elevada demanda para este tipo de serviço, o que favorecia a procura da população por atendimento em outro Centro Municipal de Saúde e no Hospital Municipal Miguel Couto, localizados em bairros vizinhos à Rocinha. Essa situação é destacada por um entrevistado.

Essa unidade fica na parte alta e como sempre quem vinha mais aqui era o pessoal mais próximo da unidade. [...] A parte baixa já ia pro Centro de

saúde na Gávea. Área de campanha de vacinação éramos nós que tocávamos tudo, tocávamos toda a Rocinha (gestor 1).

Também foi possível encontrar gestores de UBS com longa experiência de atuação profissional na Rocinha, como um deles com mais de 20 anos na gestão e outros dois que haviam trabalhado em mais de uma unidade, como gestor ou profissional de saúde.

No Complexo do Alemão a primeira unidade de atenção básica foi implantada em 2004, nos moldes de Centro Municipal de Saúde, com ofertas de ações básicas de prevenção, clínica geral e algumas especialidades, como ginecologia e pediatria. Após esse período, todas as unidades de saúde foram inauguradas durante o ano de 2010, seguindo o modelo de Estratégia Saúde da Família.

Essa expansão contextualiza-se com a diretriz nacional de adoção da ESF como modelo de atenção básica a partir do início dos anos 2000 e com o planejamento municipal que priorizou a ampliação da ESF a partir do ano de 2009. Isso fez com que a cobertura populacional tanto na Rocinha quanto no Complexo do Alemão alcançasse os 100% da população.

Até o final da primeira década dos anos 2000 a cobertura da população do município do Rio de Janeiro era de 3,5%, a mais baixa dentre as capitais brasileiras. Em novembro de 2016, atingiu 65% de cobertura da população. Essa acelerada expansão marcou a política de saúde municipal desenvolvida no período de 2009 a 2016. A ampliação do acesso à ESF justifica-se como parte de uma reforma realizada na atenção primária da cidade, que teve como diretrizes mudanças na estrutura administrativa e organizacional, com contratualização de organizações sociais e mudanças no modelo de atenção, com padronização dos procedimentos e ações ofertadas pelas unidades de saúde (SORANZ et al, 2016).

Percebe-se que a ampliação de equipes de saúde da família na Rocinha e Complexo do Alemão aumentou a capacidade de absorção das demandas por atendimento imediato da população. Ainda que a atribuição da AB quanto ao atendimento de urgências seja algo que venha se consolidando ao longo do tempo, o fato de ter equipes multiprofissionais compostas por médicos e enfermeiros é algo que direciona o paciente a procurar este tipo de serviço e não mais a emergência dos hospitais.

Já a instalação das UPA dos dois territórios sofreu influência das três esferas de governo. Ambas as unidades, que foram inauguradas no ano de 2010, faziam parte das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), iniciativa do governo federal cuja implantação foi coordenada pelo governo estadual. Segundo entrevistas, o projeto inicial era

implantar um hospital de pequeno porte nas duas regiões, mas negociações intergovernamentais fizeram com que o espaço físico fosse cedido¹ para a secretaria municipal de saúde (SMS). Por sua vez, a SMS optou por alterar o projeto e implantar nessa estrutura física três tipos de serviço: uma UPA, uma unidade de saúde da família e um Centro de Atenção Psicossocial. O relato abaixo ilustra essa articulação.

Tanto a UPA do Alemão quanto a UPA da Rocinha foram “presentes”, foram cedidas pela Secretaria de Estado. [...] A intenção da Secretaria do Estado era fazer o mini hospital [...] Aquele prédio nunca foi desenhado pra ter Saúde da Família. Transformamos esse mini hospital numa unidade de Saúde da Família e em dois CAPS porque a estrutura era muito grande [...]. Foram feitas as duas unidades de pronto atendimento e as unidades de Atenção Primária (gestor 2).

Ressalta-se que a trajetória das duas unidades coaduna interesses do governo de estado e do município, que incidem diretamente sobre a forma como passou a ser organizada a atenção às urgências nos dois territórios. Ao mesmo tempo em que se expandiram as equipes de saúde da família, também foi preciso implantar unidades de pronto atendimento.

A decisão da SMS era só o serviço de Atenção Primária, mas como a gente recebeu o prédio do Estado havia algumas condições nessa negociação que é a implantação das Unidades de Pronto Atendimento. Então, a gente atendeu a especificação inicial de fazer a Unidade de Pronto Atendimento, mas o restante da unidade foi transformado em saúde da família. Que era realmente o que tinha mais necessidade para aquela população (gestor 2).

Uma justificativa para a implantação da UPA nesses dois territórios é que seria importante para suprir a carência de serviços de pronto atendimento nas duas regiões, tendo em vista o fechamento de serviços de urgência nos bairros vizinhos, que durante a década de 80 e 90 serviam como referência para a população da Rocinha e do Complexo do Alemão.

No que diz respeito à localização onde foram implantadas as unidades, nota-se que as UBS do território do Complexo do Alemão e a UPA situam-se na via principal que tangencia as comunidades atendidas, ocupando imóveis próprios da secretaria municipal de saúde. Exceto a Clínica da Família Palmeiras, que se localizava no topo de um dos morros do território, a estrutura da unidade foi montada dentro da estação de teleférico, prédio do estado, dividindo o espaço com outros tipos de serviço como biblioteca comunitária e a bilheteria para acesso ao meio de transporte. Nesta unidade, constantes conflitos armados interferiam na rotina do serviço, que funcionava com redução de horário. Em dezembro de 2016 a unidade

¹ De acordo com entrevista, outro espaço físico cedido para SMS pela SES por meio do programa PAC foi a UPA Manguinhos, local onde também está implantado a CF Victor Valla.

foi fechada definitivamente em decorrência da intensificação da violência. As equipes foram transferidas para a Clínica da Família Zilda Arns, localizada na avenida principal do bairro.

Já na Rocinha, dentre todas as UBS e a UPA, apenas o CMS Rinaldo de Lamare não está localizado dentro da comunidade. Foi implantado em um prédio que pertence à secretaria municipal de desenvolvimento social, situado numa via importante que liga a Zona Sul e Zona Oeste da cidade, onde há intenso trânsito de carros.

A localização foi considerada apropriada pelos entrevistados, que ressaltaram a facilidade de acesso da população. Entretanto para as CF Zilda Arns (12 equipes) no Complexo do Alemão e as CF Maria do Socorro (11 equipes) e CF Rinaldo de Lamare (8 equipes) na Rocinha, foram indicadas dificuldades referentes à localização para o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Quando a unidade de saúde comporta elevado quantitativo de equipes, significa que o território de abrangência é extenso. Isso dificulta as visitas domiciliares, principalmente, para os agentes comunitários de saúde, para quem essa atividade é predominante na rotina de trabalho.

A localização das duas UPA aponta uma diferença importante entre os dois territórios. A UPA Alemão situa-se numa avenida de intenso fluxo que liga o Complexo do Alemão a outros bairros. Para quem não conhece a região não é perceptível estar circulando entre as comunidades, o que facilita que a unidade seja acessada por moradores de outras regiões. Já na Rocinha, onde o bairro é geograficamente íngreme, a UPA foi implantada no meio da comunidade. Isso facilita tanto para a população que reside nas partes baixas da comunidade como para os que residem na parte alta. Destacou-se durante as entrevistas que o terreno onde foi construído a UPA e a CF Maria do Socorro era utilizado pela comunidade para realização de bailes *funk*. Isso foi apontado como algo que no início do funcionamento dos serviços gerava rejeição dos usuários, por considerarem que haviam perdido local de lazer.

Nos dois bairros, o início da implantação das equipes de saúde da família e das UPA foi marcado por dificuldades para coexistência dos dois tipos de serviço. Não estava claro para a população e profissionais de saúde qual seria o papel desses equipamentos no atendimento das demandas de baixo risco. Num primeiro momento as UPA eram identificadas como nível de maior complexidade e, por isso, teria maior responsabilidade que as UBS no que diz respeito ao lidar com a procura da população por atendimento imediato. Entretanto, a SMS tem adotado regras e diretrizes para que as equipes de saúde da família estabeleçam-se como porta de entrada prioritária e coordenadora do cuidado.

Citam-se como exemplo dessas regras: 1) as consultas de primeira vez na AB devem ser agendadas em no máximo 30 dias; 2) as demandas que indicam quadro agudo devem ter avaliação clínica no mesmo dia; 3) os retornos devem ser agendados de acordo com os protocolos e linhas de cuidado, a partir da avaliação do profissional. Nas UPA adotou-se a classificação de risco, com base no protocolo de Manchester, que será melhor descrito no próximo tópico. Além disso, a partir de 2015, fez-se a opção por incluir médicos com formação em medicina de família e comunidade na gestão dos dois prontos atendimentos, assim como, enfermeiros diaristas para acompanhar a rotina dos serviços. A expectativa era que devido à formação em AB esses profissionais poderiam contribuir para que a organização do atendimento de urgências de baixo risco fosse feita de forma integrada com as unidades de atenção básica.

Outro fator que cabe destacar é a relação das unidades com a SMS e a utilização de contratos de gestão para operacionalização dos serviços. No âmbito da AB, a relação com gestão municipal se dá, principalmente, por meio das Coordenadorias de Atenção Primária (CAP – representações locais da secretaria municipal de saúde, como já explicitado anteriormente) –, com as CAP 3.1 que abrange o território do Complexo do Alemão e CAP 2.1 responsável pelo território da Rocinha. São realizadas reuniões, visitas técnicas, trocas de emails e telefonemas para repassar orientações e esclarecer dúvidas.

Quanto às UPA, há correspondência direta e diária com a Central de Regulação Municipal com intermédio da Subsecretaria de Urgência e Emergência (SUBUE), que mensalmente conduz reunião do colegiado das UPA do município. Entretanto também há relação com as CAP, uma vez que os contratos de gestão das UPA transcorrem via CAP 2.1 e CAP 3.1. Trata-se de um aspecto inusitado, pois, no organograma, as UPA são unidades administrativas pertencentes à estrutura da SUBUE, mas o orçamento da UPA Alemão e UPA Rocinha foram alocados dentro do contrato de gestão da AB. Explica-se esse arranjo como pretexto para aproximar a lógica dos dois tipos de serviço, o que permitiria melhor coordenação por parte da gestão, aproximar as unidades e, aos poucos, substituir o modelo UPA, com ampliação de mais equipes de saúde da família.

Todas as unidades básicas de saúde e as duas UPA estão inseridas no contrato de gestão com a Organização Social Viva Rio. As UBS e UPA Rocinha são geridas por esta organização desde o ano de 2010, já a UPA Alemão a partir de março de 2015.

O contrato de gestão da SMSRJ com a Organização Social apresenta diretrizes para acompanhamento das cláusulas, avaliação e metas para os serviços de saúde. O conjunto de

metas diz respeito à metodologia de pagamento por desempenho, com incentivos financeiros destinados à gestão da OS, à unidade de saúde e aos profissionais das equipes de saúde da família. Nos contratos de gestão da atenção básica, esta estratégia de remuneração requer o monitoramento de um total de 50 indicadores que avaliam acesso, o desempenho assistencial, o desempenho econômico e a satisfação do usuário.

Dentre estes, há apenas um indicador que pode ser interpretado como voltado para organização dos atendimentos de urgência. Trata-se da percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos, que mede o número de consultas realizadas sem agendamento prévio ou demanda espontânea, feitas por médicos, enfermeiros e dentista das equipes. A presença desse indicador como quesito de avaliação do desempenho indica que a SMS induz que as equipes de saúde família estejam organizadas para acomodar em suas agendas tanto atendimentos imediatos, como atendimentos programados conforme linhas de cuidado. A meta incentivada é que do total de atendimentos, no mínimo 40% e no máximo 80%, representem atendimentos à demanda espontânea.

O pagamento por desempenho das UPA segue formato similar ao da AB. O acompanhamento do desempenho é feito a partir da avaliação de 16 indicadores. Dentre estes, há dois que permitem acompanhar especificamente a organização dos atendimentos de baixo risco.

O primeiro indicador avalia o percentual de pacientes atendidos pelo médico: a meta sugerida pela SMS estabelece que 70% ou mais dos pacientes devem ser atendidos pela equipe médica de plantão. O segundo indicador trata do percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco. Mede o número de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco comparado ao número total de pacientes atendidos. Os pacientes classificados com risco azul não são contabilizados, pois são redirecionados para as UBS. A meta indicada pela SMS é que 100% dos pacientes sejam atendidos dentro do tempo programado. De acordo com protocolo municipal de classificação de risco, todas as demandas devem ser avaliadas pelo médico, exceto o risco azul. Isso indica a orientação da SMS para que as UPA também absorvam demandas de baixo risco, permitindo o redirecionamento direto para as UBS apenas das demandas azuis.

O contrato de gestão pode ser utilizado como norteador para organizar as ações dos profissionais de saúde no serviço, pois elenca as prioridades da SMS. Apesar de manifestarem conhecer essa ferramenta, poucos foram os entrevistados que afirmaram utilizá-lo na rotina de gestão das equipes.

Nota-se que a maior parte das equipes de saúde da família dos dois territórios possui no máximo sete anos de implantação, o que pode ser considerado um tempo curto. Ao mesmo tempo em que se observa a ampliação do acesso, deve-se problematizar a apropriação dessas equipes quanto aos atributos essenciais da atenção primária propostos por Starfield (2002), tais como: ser porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, lidar com os pacientes ao longo de suas vidas, coordenar as ações necessárias para o cuidado de cada paciente e visar à integralidade.

Entretanto, para garantir o ritmo de acelerada expansão da ESF e manter as equipes de saúde da família completas é realizada contratação de médicos e enfermeiros sem formação específica para atuar seguindo os atributos propostos para AB. A adoção do pagamento por desempenho como mecanismo para estimular boas práticas não é suficiente para suprir a carência de qualificação profissional.

Vale ressaltar também que mesmo com ampliação do número de equipes, cada uma delas continua responsável por elevado número de pacientes, principalmente considerando que se trata de população com alta vulnerabilidade social. Na Rocinha cada equipe possui cerca de 2.600 sob sua responsabilidade, no Complexo do Alemão o quantitativo é maior, chegando a 3.100 pessoas, pois existem equipes que atendem população de bairros vizinhos.

Analogamente pode-se verificar que as equipes das UPA não possuem um perfil de formação específico, tendo sido apontado por gestores que seria desejável se a contratação desses profissionais privilegiasse aqueles com conhecimentos sobre a rede de atenção à saúde no SUS e o papel central da atenção básica para organização do sistema de saúde.

4 CONFIGURAÇÃO DAS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO NA ROCINHA E NO COMPLEXO DO ALEMÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa em torno da forma como as unidades estão organizadas para atender as urgências de baixo risco. Foram levantados aspectos sobre ações, fluxos, recursos e estrutura disponíveis. A seguir, apresenta-se o perfil das demandas de urgência de baixo risco atendidos nas UPA e UBS. No último tópico, discutem-se as estratégias utilizadas para promover a integração entre os serviços.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA DOS SERVIÇOS E DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO

No município do Rio de Janeiro a composição das equipes de saúde da família segue o padrão de: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. As equipes também contam com cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e, em alguns casos, com técnico em saúde bucal. Todos os profissionais são contratados pelo regime de trabalho celetista, com carga horária de 40 horas semanais. Nas unidades da Rocinha há exigência de não dividir a carga horária do médico, optando por um médico de 40 horas e não dois de 20 horas. Acredita-se que ter um único médico na equipe traz mais facilidades para organizar os processos de trabalho das equipes do que dois médicos de vinte horas semanais. Entretanto, nas unidades do Complexo do Alemão não é possível fazer essa restrição como na Rocinha. Isso se deve ao fato de ser mais difícil atrair médicos dispostos a trabalhar no Complexo do Alemão em decorrência do maior número de conflitos armados e pela distância da área em relação ao centro da cidade.

Na CF Maria do Socorro e na CF Zilda Arns há inserção de residentes de medicina de família e comunidade e enfermagem na atenção primária, programas de formação da SMS. Na Rocinha são 9 equipes com médicos residentes e 4 com enfermeiros residentes. No Complexo do Alemão são 4 equipes com médicos residentes e 5 com enfermeiros residentes. Cada residente atua 40 horas semanais nas equipes.

Os programas de residência ampliam o quantitativo de profissionais por equipe: em cada uma há dois médicos ou dois enfermeiros. Nestas equipes percebe-se ampliação da capacidade de resolver os problemas apresentados pelos pacientes. Os preceptores

especialistas em atenção básica acompanham no serviço o trabalho dos residentes com objetivo de alinhar a prática com os atributos da atenção básica. Dessa forma, é entendido que unidades com programas de residência qualificam a atenção à saúde nos territórios, favorecendo a organização da porta de entrada as unidades e articulação da rede de saúde.

O Quadro 5 (p.52) demonstra as categorias profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde. Em 2016 existiam 25 equipes de saúde da família no Complexo do Alemão e 25 equipes na Rocinha, esta também com 4 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), compostas por médico psiquiatra, médico pediatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, educador físico e fisioterapeuta.

Quadro 5 – Categorias profissionais presentes nas equipes da Estratégia Saúde da Família, nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2016.

Categoria Profissional	Rocinha	Complexo do Alemão
	25 eSF + 4 NASF	25 eSF
Médico	X	X
Enfermeiro	X	X
Técnico de enfermagem	X	X
ACS	X	X
Cirurgião dentista	X	X
Auxiliar de saúde bucal	X	X
Técnico em saúde bucal	X	X
Farmacêutico	X	X
Auxiliar de farmácia	X	X
Educador Físico	X	X
Psicólogo	X	-
Nutricionista	X	-
Terapeuta Ocupacional	X	-
Psiquiatra	X	-
Pediatra	X	-
Assistente Social	X	-
Fisioterapeuta	X	-
Fonoaudiólogo	X	-

Fonte: entrevista com gestores. Elaboração própria da pesquisa.

As duas UPA pesquisadas são classificadas como Porte II, ou seja, implantadas em áreas cuja abrangência varia de 100.001 a 200.000 pessoas, com área física de 1000 m², com um mínimo de 11 leitos e capacidade para atender até 250 pacientes por dia. Nas duas UPA a escala de plantão segue 24h trabalhadas e 120 horas de descanso. As categorias profissionais que atuam nas unidades têm padrão próximo, conforme apresentado no Quadro 6 (p.53).

Quadro 6 – Categorias profissionais presentes nas unidades de pronto atendimento nos bairros da Rocinha e do Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2016.

Categoria profissional	UPA Rocinha	UPA Alemão
Médico clínico geral	21	19
Enfermeiro	20	14
Técnico de enfermagem	47	42
Assistente Social	2	3
Médico Pediatra	0	6
Maqueiro	4	4
Farmacêutico	4	5
Auxiliar de Farmácia	4	4
Auxiliar administrativo	12	10
Coordenador de enfermagem	1	1
Coordenador médico	1	1

Fonte: entrevista com gestores. Elaboração própria da pesquisa.

Convém ressaltar que na UPA Alemão há médico pediatra, enquanto na UPA Rocinha há maior quantitativo para algumas categorias, tais como médico clínico geral, enfermeiro e técnico de enfermagem. Além disso, optou-se por inserir profissionais diaristas nas duas UPA, sendo dois enfermeiros e um técnico de enfermagem na UPA Alemão e um enfermeiro e um técnico na UPA Rocinha. Quanto à gestão dessas unidades, destaca-se que a coordenação médica é realizada por médico de família e comunidade, conforme dito anteriormente.

Comparando o quadro de profissionais das UPA e das UBS observa-se que nos dois serviços os médicos generalistas e enfermeiros são os responsáveis por garantir o atendimento imediato. Destaca-se que nas unidades de atenção básica há maior diversificação de categorias profissionais que contribuem no acolhimento aos usuários e desenvolvem ações para ampliar a resolutividade das equipes.

Dessa forma, mesmo que a demanda do paciente seja por um atendimento imediato, nas UBS um número maior de profissionais será envolvido. Nas UPA, o atendimento será prestado de forma pontual e, se não houver articulação com a AB, o paciente não terá garantida a continuidade do cuidado, algo vital principalmente nas condições crônicas agudizadas e linhas de cuidado prioritárias, como crianças, gestantes e pacientes com doenças

transmissíveis, como tuberculose e DST. O relato abaixo explora a necessidade de articulação entre os dois serviços: UPA e UBS.

Se a unidade de pronto atendimento começa a atender desterritorializada, sem respeitar a classificação de risco ela vai gerar alguns problemas que é atrapalhar a coordenação do cuidado, a longitudinalidade de atenção, o desempenho clínico daquela equipe [de saúde da família]. [...] O usuário pode estar utilizando a UPA pra ter atendimento e furar barreiras de acesso. Então, isso precisa ser bem coordenado, precisa ter uma integração boa na Unidade de Pronto Atendimento e as unidades de Atenção Primária do território que não é fácil fazer, é um processo em construção e tá sempre em processo (gestor 2).

Com a finalidade de organizar a porta de entrada, as UPA utilizam o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência, que foi publicado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 2015, com objetivo de apoiar o trabalho de profissionais de saúde e gestores. Pautado na Política Nacional de Humanização, aborda aspectos conceituais, estruturais e atribuições da equipe multiprofissional para implantação e utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência da rede municipal. Inclui o protocolo de classificação de risco, com sinais e sintomas clínicos, pediátricos e obstétricos.

A metodologia de classificação de risco permite analisar sintomas, queixas e eventos a partir de uma série de qualificadores, associando-os a uma escala de cores que representa o grau de prioridade para os atendimentos. As cores utilizadas são: vermelho, que indica a necessidade de atendimento médico imediato; laranja, em que o atendimento médico deve ser inferior a 15 minutos e reavaliado a cada 15 minutos; amarelo, significando atendimento médico em 30 minutos e reavaliação a cada 30 minutos; verde, que representa as demandas de menor urgência, em que o tempo de atendimento médico deve ser menor que 1 hora e reavaliação a cada 1 hora; e azul, no qual se incluem os casos não urgentes, que podem ser atendidos pelo médico no mesmo dia ou dia seguinte.

Quando a demanda é classificada como verde, o paciente é informado sobre o tempo de espera e que será atendido após os casos mais graves, mesmo que estes tenham chegado à unidade depois. Os pacientes classificados como risco azul são orientados a procurar a UBS de referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio. Deve-se garantir que terão atendimento no dia seguinte ou agendado oportunamente, dependendo de cada caso. Dessa forma, para o verde e azul, os pacientes podem receber dos profissionais a orientação de que sua consulta médica será com espera, no local ou em outro ponto de atenção.

Demonstram-se também os fluxogramas que retratam o circuito preferencial do usuário numa unidade de atenção básica e num pronto atendimento da rede municipal. Na UPA a figura 4 mostra as duas possibilidades para atendimento das demandas, representadas pelo eixo vermelho e eixo azul. No eixo vermelho, referente aos casos de emergência, o manejo deve ser imediato e os procedimentos administrativos posteriores. O eixo azul indica que o usuário passará por algumas etapas até o atendimento médico. Neste tipo de serviço a oferta principal é o atendimento médico.

Entre a UPA Alemão e UPA Rocinha, notou-se que os pacientes com demandas classificadas como azul podem ter orientações diferentes. Na UPA do Alemão prioriza-se referenciar o paciente para a UBS de referência. Quando o paciente denota pouca autonomia, há orientação que o profissional realize contato prévio com a UBS. Os pacientes com demandas classificadas como verde passam por atendimento médico e, nesse caso, a orientação da direção da unidade é que o profissional discuta com o usuário sobre a necessidade de procurar primeiro sua UBS de referência, informando os benefícios de vincular-se à sua equipe de saúde da família.

Na UPA Rocinha, diante a classificação azul redireciona-se para a atenção básica, entretanto, internamente é pactuado referenciar prioritariamente casos que demandariam acompanhamento, citando-se como exemplo a renovação de receitas para pacientes crônicos. Para os procedimentos, priorizam-se atendimento na UPA, como, por exemplo, a exerece de unha.

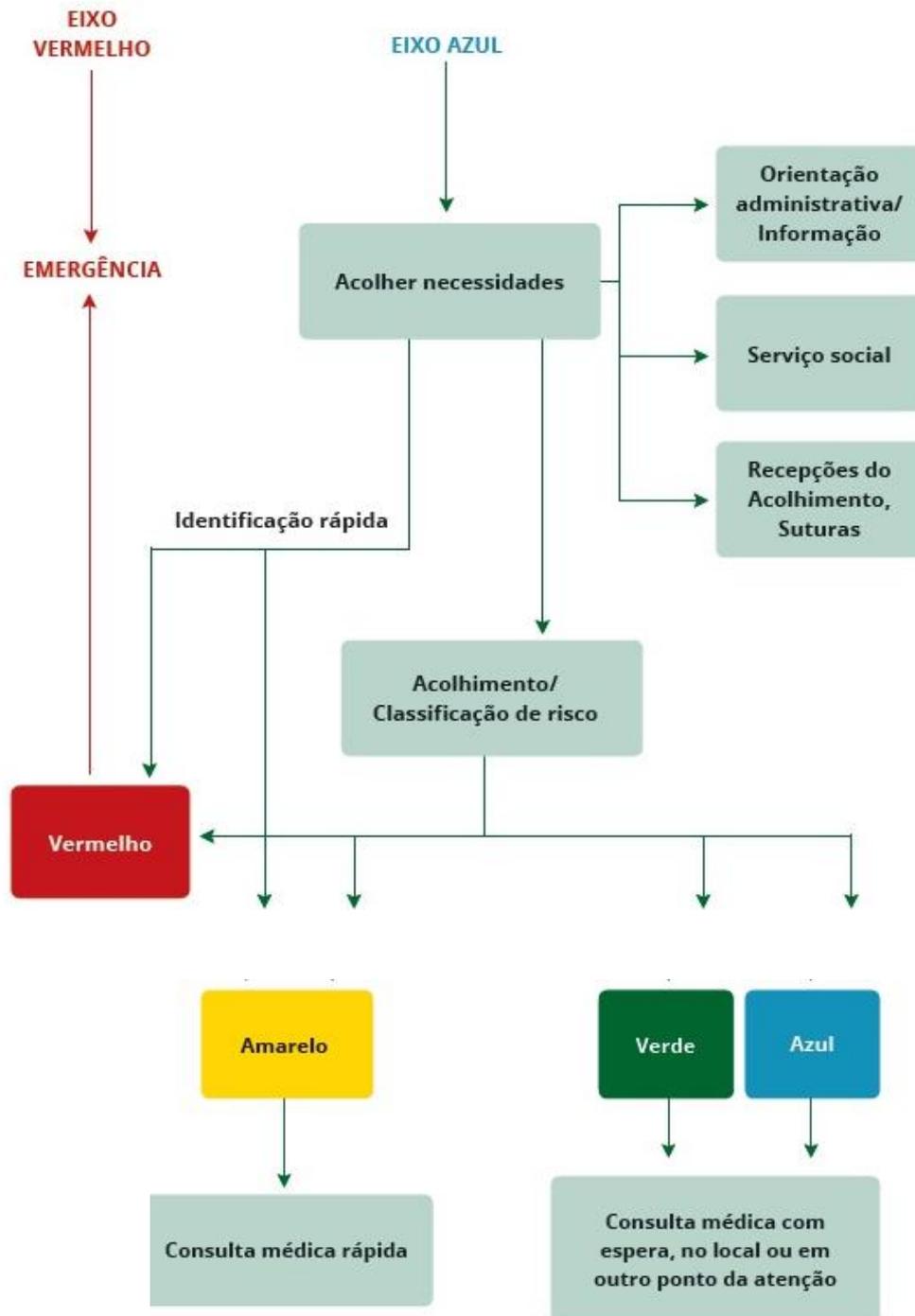
Nas UBS, a entrada de um paciente pode seguir diferentes caminhos, pois as ofertas são variadas. Mesmo que este tenha ido à unidade motivado por um problema agudo (ou não), é possível oferecer diferentes ações, assim como inseri-lo nas ações programáticas e de vigilância das equipes de saúde da família.

Diferentemente da UPA, na atenção básica, ter um protocolo específico para classificar as demandas por atendimento imediato de uma forma padronizada não é entendido como uma prioridade da SMS. Acredita-se que as equipes de saúde da família devam ter autonomia para fazer a avaliação do número e gravidade das demandas e compatibilidade com as agendas.

Entretanto, há algumas regras. Todo usuário deve ser acolhido por algum profissional da equipe e se tiver uma demanda clínica que necessite de atendimento imediato, este não deve deixar a unidade sem ser avaliado pelo médico. Além disso, as equipes devem procurar

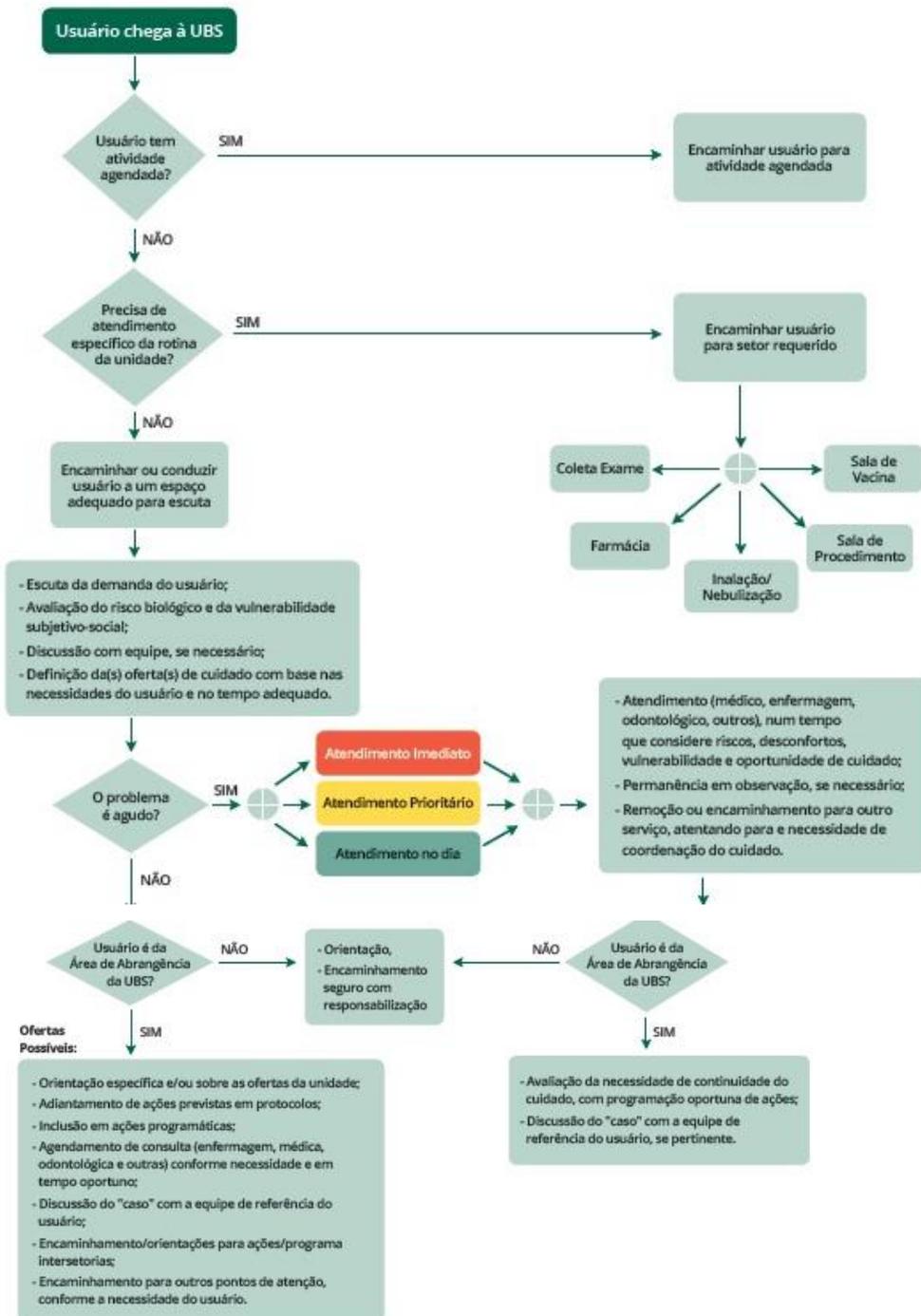
ser o mais resolutivas possível, para evitar que o usuário faça acessos repetidos por um mesmo motivo ou que acabe procurando outro serviço.

Figura 4 – Fluxograma da porta de entrada de uma unidade de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro



Fonte: Manual de acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência – SMSRJ/2015
www.rio.rj.gov.br/web/SMS

Figura 5 – Fluxograma da porta de entrada de uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro



Fonte: Manual de acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência – SMSRJ/2015
www.rio.rj.gov.br/web/SMS

O relato abaixo sinaliza as orientações para organização das equipes de saúde da família.

Cada equipe de saúde da família, de acordo com aquele território local vai definir quais são as regras de funcionamento pra atendimento de uma demanda no dia ou não. Eu falo do atendimento da demanda no mesmo dia considerando isso como uma questão que é avaliada como uma urgência. Na atenção primária o que é urgente, o que se é visto no dia, então esses critérios do que eu vou ver no dia, ou não, vão variar de acordo com as questões socioculturais, de acordo com a abordagem familiar e também de acordo com a demanda do serviço naquele momento. Muitas vezes uma questão não urgente na atenção primária pode ser atendida no mesmo dia se eu não tiver uma demanda grande, ou se tiver mais livre naquele dia. Essa gestão do tempo do médico de atenção primária vai fazer toda diferença (gestor 3).

Percebe-se que uma mesma demanda pode ser interpretada com maior grau de risco na atenção básica e menor grau na UPA, pois os fatores considerados para sua classificação são diferentes. Questionam-se os protocolos de classificação de risco, se estes poderiam contribuir para evitar barreiras de acesso na atenção básica, que por vezes resultam em acessos desnecessários na UPA. Principalmente, quando se têm as duas possibilidades de porta de entrada num mesmo território. Ou seria o caso de se pensar em protocolos de acesso unificados, que considerem as possibilidades dos dois serviços? Esta questão cabe ser melhor investigada como proposta para otimização de recursos e melhor orientação de profissionais e pacientes.

Outro aspecto relevante para compreender como os serviços estão organizados para atender as demandas de urgência de baixo risco é considerar se possuem estrutura, equipamentos e insumos adequados. Neste sentido, durante as visitas às unidades básicas de saúde foi possível observar aspectos físicos definidos como essenciais para o pronto atendimento em casos de urgência e emergência (BRASIL, 2002).

Quanto à estrutura física, destaca-se a necessidade das unidades possuírem ambiente preparado para o primeiro atendimento/estabilização de urgências, devendo disponibilizar sala para observação do paciente por até oito horas. Neste quesito, dentre as seis UBS visitadas existe sala específica para observação clínica na CF Zilda Arns, no CMS Rinaldo de Lamare e na CF Maria do Socorro, que utiliza uma sala da UPA quando necessário. No CMS Albert Sabin e CF Rodrigo Roig utiliza-se a sala de curativos quando é necessário. No CMS Alemão não existe local com esta finalidade.

Sobre os equipamentos e insumos, é esperado que as UBS contenham ambulatório adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel adulto e infantil, sondas de

aspiração, cilindro de oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, para curativo, para pequenas suturas e para imobilizações. Em todas as visitas os gerentes afirmaram ter disponível estes itens, pois fazem parte da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, exceto o aspirador portátil ou fixo e material para imobilizações (RIO DE JANEIRO, 2011).

Quanto aos medicamentos, encontrou-se a disponibilidade da maior parte daqueles que são indicados como essenciais para manejo de urgências (BRASIL, 2002). São eles: adrenalina, água destilada, aminofilina, atropina, brometo de ipratrópio, cloreto de potássio, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, epinefrina, escopolamina, fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína. Ainda dentro da normativa, mas não disponíveis nas UBS visitadas: meperidina, midazol, dobutamina, dopamina, deslanosídeo, amiodarona e atropina.

Dessa forma, considerando os aspectos analisados referentes a espaço físico, recursos humanos, equipamentos e insumos, pode-se afirmar que, de forma geral, as UBS dos bairros estudados possuem boas condições para realizar suas atividades, ofertando ações diversificadas para a população, destacando-se o atendimento às urgências de baixo risco.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DEMANDAS DE URGÊNCIA DE BAIXO RISCO NAS UPA E NAS UBS

Inicialmente foi necessário alinhar o que se estava querendo denominar com o termo urgência de baixo risco. Especialmente na atenção básica, em que não é comum a utilização desse termo, pois se considera estar ligado aos protocolos de classificação de risco que, como visto anteriormente, no município do Rio de Janeiro, não é utilizado neste nível de atenção, apenas nas UPA.

Apurou-se que, na atenção básica, as urgências de baixo risco são mais comumente denominadas como demanda espontânea ou livre demanda, quando o paciente comparece à unidade sem ter consulta ou procedimento agendado. Dentro disso, algumas demandas remetem de fato a uma necessidade clínica que precisa de avaliação do médico no mesmo dia ou referem-se às necessidades dos pacientes, que podem ser atendidas pela equipe, caso tenham disponibilidade na agenda ou agendadas para outros momentos. O trecho abaixo ajuda a exemplificar essa discussão.

Nossas urgências vão desde um quadro febril a um quadro agudo. Hoje eu tenho 60% a 70% da minha demanda de atendimento é de demanda livre. Eu acho que 10% no máximo demandariam serem vistas no mesmo dia. O resto são pessoas que precisam de atendimento e nunca tiveram na unidade ou às vezes já tiveram na unidade e tem alguma queixa e a gente aproveita o momento pra atender, entendeu? Como a gente tem aqui a maioria das equipes que já tem médicos específicos que fizeram residência em saúde da família. Eu deixo isso bem a critério de cada equipe (gestor 3).

Ao mesmo tempo em que se percebeu que a utilização do termo urgência de baixo risco não era algo evidente na atenção básica, notou-se que a proximidade com a rotina da UPA influencia a apropriação do termo pelos profissionais das UBS, fato mais evidente nas unidades que compartilham espaço físico com a UPA.

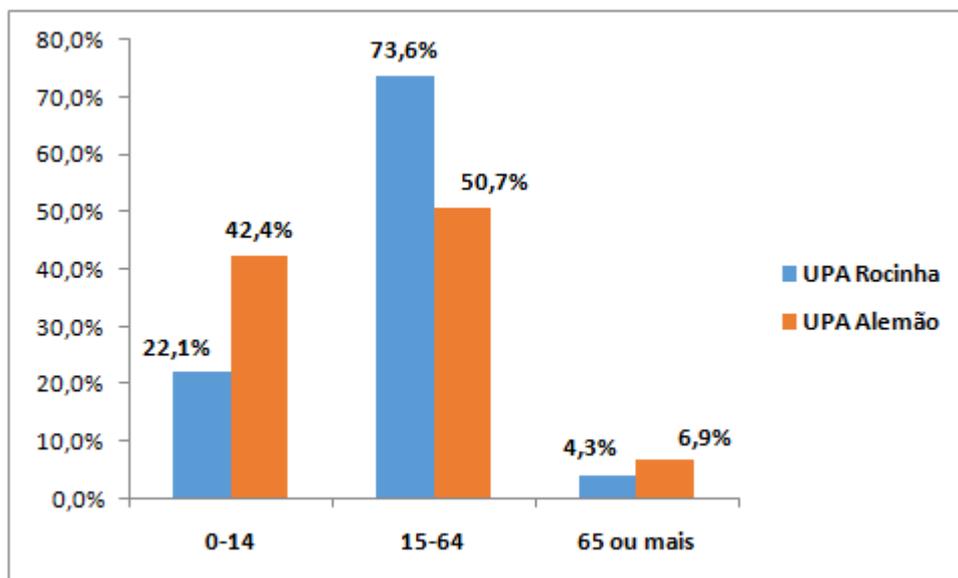
[...] por estar próximo da UPA a gente pensa nas classificações que são feitas nos casos de urgência... no caso de urgência amarelo, verde e azul. Que são casos menos complexos, que não precisam dos aparelhos específicos de uma unidade de urgência. É o que eu tenho em mente, na verdade, são casos menos graves que não precisavam... não precisariam estar numa unidade de urgência ou emergência (gestor 4).

Nas duas UPA, a análise do perfil da demanda de urgência de baixo risco foi possível a partir das seguintes variáveis: número total de atendimentos prestado; faixa etária da população atendida; número de atendimentos por classificação de risco, e especificamente para o risco verde, e os principais diagnósticos realizados.

Nas UBS, a caracterização dessa demanda contou com poucos dados disponíveis, sugerindo que o monitoramento desse tipo de demanda na atenção básica tem menor prioridade ou menor importância no seu detalhamento clínico. De toda forma, foi possível uma análise a partir do número de demanda espontânea e demanda programada, além de uma lista dos dez principais CID utilizados nos diagnósticos de demandas espontâneas.

Considerando o período de análise utilizado, março de 2015 a abril de 2016, observou-se que a UPA Alemão prestou 56.142 atendimentos, enquanto a UPA Rocinha realizou 40.351 atendimentos. A Figura 6, abaixo, apresenta o gráfico com a distribuição dos atendimentos por faixa etária, conforme os grandes grupos etários. O primeiro grupo abrange a população de 0 a 14 anos; o segundo, as idades de 15 a 64 anos, o último grupo inclui as pessoas com 65 anos ou mais.

Figura 6 – Distribuição proporcional dos atendimentos realizados na UPA Rocinha e na UPA Alemão, segundo grandes grupos de idade. Município do Rio de Janeiro, abril de 2015 a março de 2016

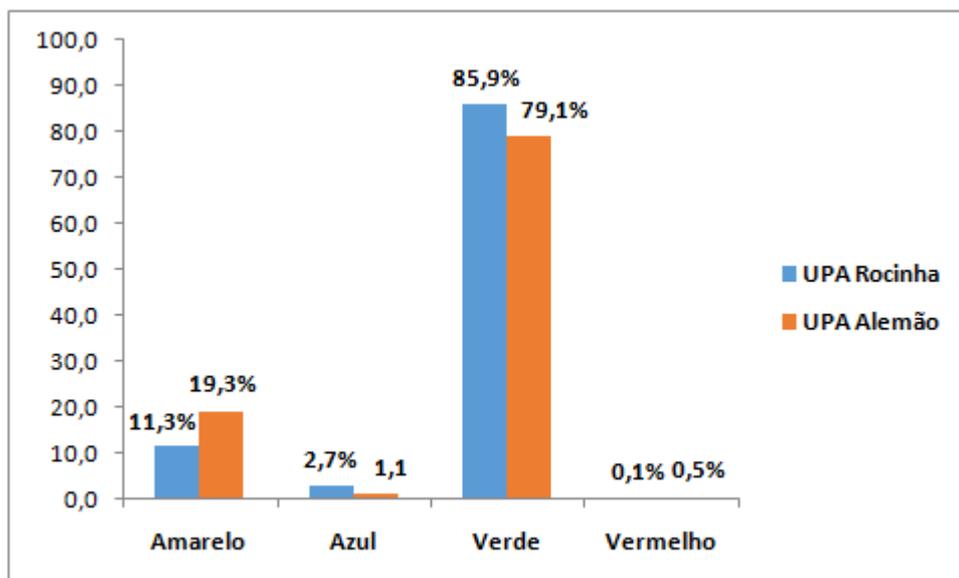


Fonte: Sistema de informação – OS Viva Rio

Nota-se que na UPA Rocinha predominaram atendimentos à população pertencente ao grupo com idades entre 15 e 64 anos, com 73,6% dos atendimentos, percentual mais elevado que na UPA Alemão, onde o número total de atendimentos é um terço maior. Considerando crianças e adolescentes, a UPA Alemão teve quase três vezes mais atendimentos para o grupo de 0 a 14 anos em relação à UPA Rocinha, onde não há médico pediatra. Na análise do atendimento aos idosos, observou-se também maior número de atendimentos na UPA Alemão.

O estudo da classificação de risco mostrou predomínio dos atendimentos identificados como baixo risco, ou risco verde, nas duas UPA – na UPA Rocinha representou 85,9% dos atendimentos e na UPA Alemão, 79,1%. O percentual do risco azul foi pouco expressivo, com 2,67% dos atendimentos da UPA Rocinha e 1,14% na UPA Alemão. Enquanto que, para o risco Amarelo, representou 11,3% na UPA Rocinha e 19,3% na UPA Alemão. Em ambas as unidades o risco vermelho foi menos de 1,0% dos atendimentos. Na UPA Alemão verificou-se um número total de atendimentos para o risco vermelho cerca de cinco vezes superior ao da UPA Rocinha (Figura 7).

Figura 7 – Atendimentos, conforme classificação de risco, realizados na UPA Rocinha e na UPA Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016



Fonte: Sistema de informação – OS Viva Rio

Nas duas UPA destaca-se o volume de atendimentos com classificação de risco Verde. Para aprofundar a análise desse tipo de demanda, que também poderia ter sido atendida nas UBS, utilizou-se a classificação de CID utilizada para diagnosticá-las. Considerou-se como corte aquele CID que teve frequência maior ou igual a 365, ou seja, equivalente a uma ocorrência por dia ao longo do período analisado.

Na análise para UPA Alemão chegou-se a um grupo de 30 diagnósticos, os quais foram mais utilizados para classificar as urgências de baixo risco. Estas doenças relacionam-se à gripe, gastroenterite, cefaléia tensional, dor articular, infecção do trato urinário, infecção respiratória aguda, eritema, febre não especificada, dor articular, lombar, abdominal, alergia não especificada, dengue, hipertensão essencial e náusea e vômitos (Quadro 7).

Quadro 7 – Lista dos principais diagnósticos relacionados às demandas classificadas como risco verde na UPA Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016

Diagnósticos	CID	Nº de Atendimentos	Total
Infecção respiratória aguda	B349	2291	10305
	J209	431	
	J459	465	
	J029	520	
	J030	1290	
	J039	1338	
	J00	2064	
	J069	776	
	R05	1130	
Gastroenterite	A09	1174	2536
	k529	596	
	k522	766	
Dor articular, lombar, abdominal	M545	777	2341
	R101	827	
	R520	737	
Febre não especificada	A689	1638	2195
	R509	557	
Gripe	J101	1083	2105
	J111	368	
	J118	654	
Alergia não especificada	T784	1402	1402
Infecção do trato urinário	N300	465	1357
	N390	892	
Eritema	R21	413	1255
	B083	842	
Cefaléia tensional	G442	453	453
Náusea e vômitos	R11	798	798
Dengue	A90	710	710
Hipertensão essencial	I10	697	697

Fonte: Sistema de informação – OS Viva Rio

Na UPA Rocinha, dentre os atendimentos classificados como risco verde observa-se que foram utilizados 17 tipos de CID nos diagnósticos dessas demandas (Quadro 8). Número menor que o utilizado nos atendimentos da UPA Alemão, mas que perpassam por quase todos os tipos de doenças encontrados anteriormente: infecção respiratória aguda, gastroenterites, dores diversas (abdominal, lombar, articular), febre e alergias não específicas, infecção do

trato urinário, náusea e vômito. O diferencial foi a presença de gastrite e a ausência de gripe, eritema, cefaléia tensional e hipertensão essencial.

Quadro 8 – Lista dos principais diagnósticos relacionados às demandas classificadas como risco verde na UPA Rocinha. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016

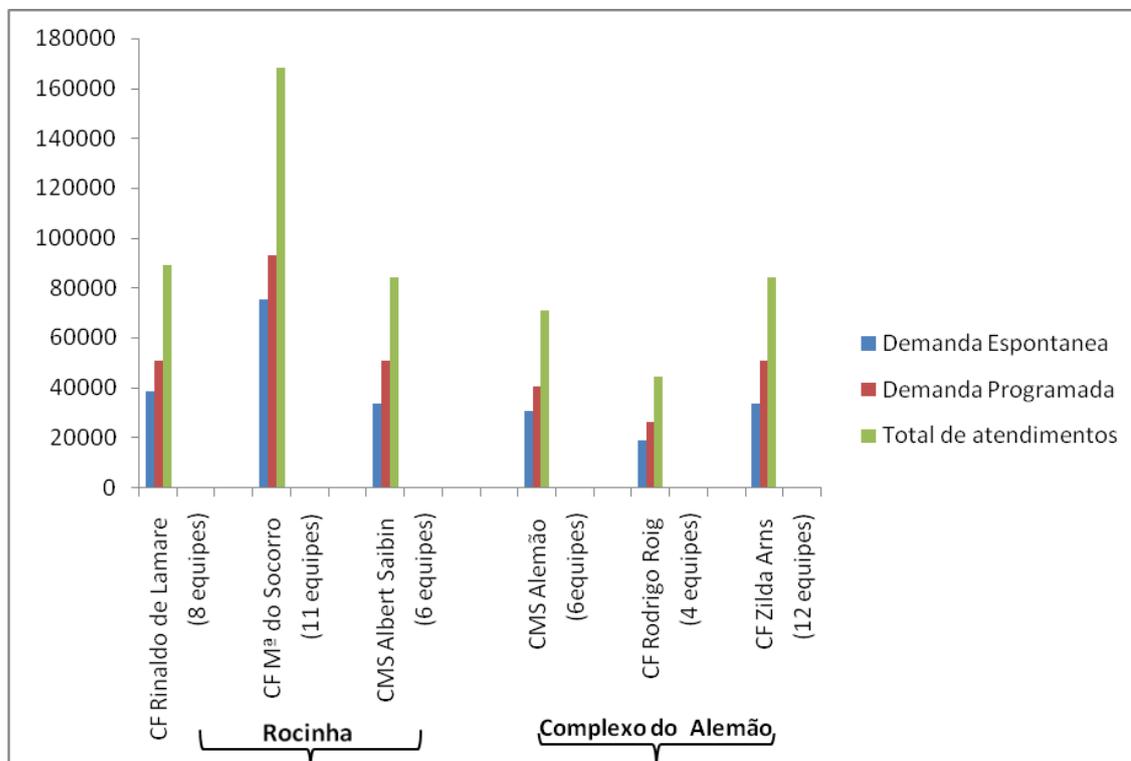
Diagnósticos	CID	Nº de Atendimentos	Total
Infecção respiratória aguda	B349	1717	7502
	J029	400	
	J039	1491	
	J00	1367	
	J069	1125	
	R05	933	
	J019	469	
Dor articular, lombar, abdominal	M545	822	2281
	R520	623	
	M796	836	
Gastroenterite	A09	838	1209
	k529	371	
Infecção do trato urinário	N390	913	913
Alergia não especificada	T784	623	623
Náusea e vômitos	R11	475	475
Gastrite	K297	391	391
Febre não especificada	R509	365	365

Fonte: Sistema de informação – OS Viva Rio

Nas UBS, a partir do uso do prontuário eletrônico é possível registrar a entrada dos pacientes de duas formas: demanda espontânea, ou sem agendamento, e demanda programada, quando houve agendamento prévio com médico, enfermeiro, profissionais de saúde bucal ou profissional do NASF, essa última opção válida nas unidades da Rocinha.

Esses dados permitem observar como está distribuída a oferta de atendimentos nas unidades, que pode indicar a forma como as equipes estruturam suas agendas, mas também a forma como a população procura o serviço. A figura 8 apresenta o gráfico com a distribuição dos atendimentos realizados em cada UBS no período de março de 2015 a abril de 2016.

Figura 8 - Número de atendimentos para demanda espontânea, demanda programada e total de atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde dos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016



Fonte: Sistema de Informação – OS Viva Rio

Os dados encontrados são bastante expressivos pelo volume de atendimentos que representam. Ao longo do período considerado, cada UBS, realizou aproximadamente de 44 mil a 168 mil atendimentos, somando demanda espontânea e demanda programada. Por serem unidades com um número de equipes semelhantes, faz-se aqui uma análise comparativa entre o CMS Albert Sabin, na Rocinha e o CMS Alemão, no Complexo do Alemão. No período estudado, estas unidades realizaram 84.210 e 70.658 atendimentos, respectivamente. São as unidades mais antigas em seus respectivos territórios, ressaltando-se que o CMS Albert Sabin está na Rocinha desde a década de 1980. Neste bairro, dificilmente as equipes ficam sem médico, uma vez que, sua localização na zona sul da cidade facilita a lotação deste profissional, ao contrário do CMS Alemão. Além disso, esta unidade conta com diferentes categorias na equipe NASF, o que não acontece no CMS Alemão.

Ao se comparar a capacidade total de atendimentos entre os dois tipos de serviço, percebe-se que a menor UBS, CF Rodrigo Roig (4 equipes) produziu quase 20% mais atendimentos que a UPA Alemão. Esses dados sugerem que a capacidade de ofertar

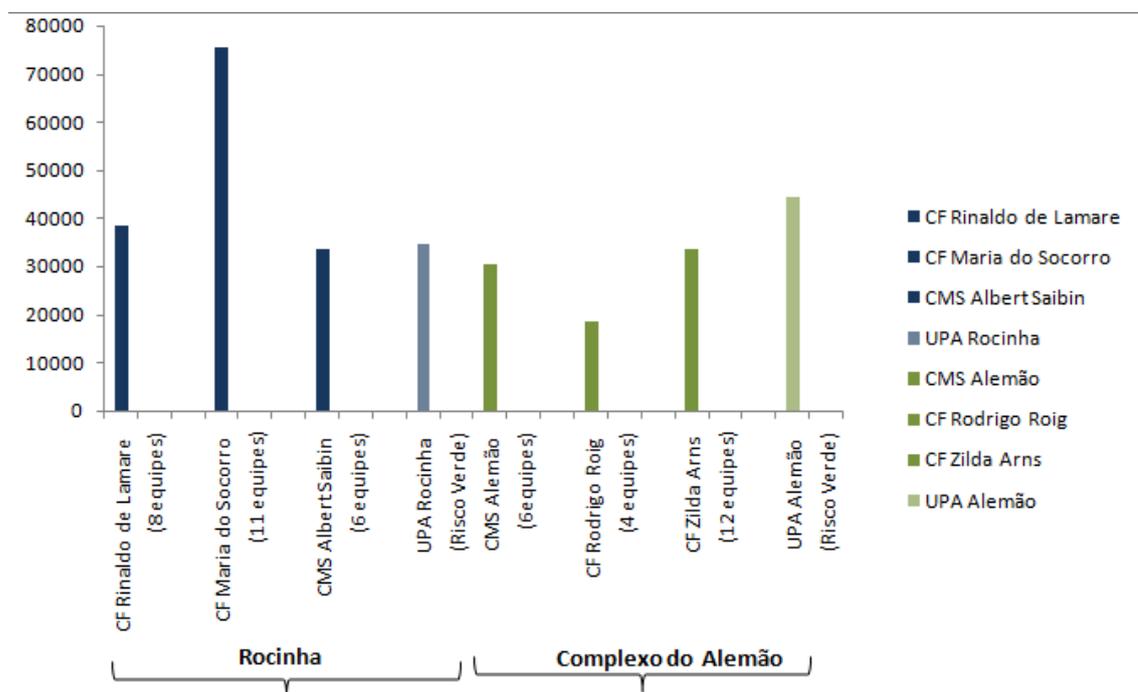
atendimentos de uma UBS com quatro equipes de saúde da família é superior à de uma UPA 24h.

Poderiam ser feitas outras análises para comparar as UBS entre si e entre os dois bairros. Mas, neste estudo, o interesse recaiu sobre os atendimentos de demanda espontânea. Como já citado anteriormente, nas UBS a demanda espontânea não inclui somente os atendimentos imediatos considerados urgências de baixo risco. Além disso, não se trata apenas de atendimento, como nas análises feitas para UPA. Mesmo assim, convém destacar o expressivo volume desse tipo de atendimento, fato que, de algum modo, demonstra que os usuários têm procurado suas unidades de referência quando sentem alguma necessidade.

Também se pode fazer uma comparação entre os atendimentos de demanda espontânea realizados nas UBS e os atendimentos para demandas classificadas com risco verde nas UPA, o qual, em tese, é uma demanda possível de ser cuidada nos dois tipos de serviço (Figura 9). No território da Rocinha, a UPA realizou 34.670 atendimentos, enquanto as CF Maria do Socorro, CF Rinaldo de Lamare e CMS Albert Sabin realizaram 38.408, 75.341 e 33.488 atendimentos, respectivamente. Nota-se que as quatro unidades têm se configurado como porta de entrada para os atendimentos de baixo risco, enfatizando-se, assim, o papel das UBS diante essa demanda.

No Complexo do Alemão, a UPA Alemão realizou 44.405 atendimentos para demandas classificadas como verde, enquanto as CF Rodrigo Roig, CF Zilda Arns e CMS Alemão realizaram 30.471, 33.488 e 18.548 atendimentos de demanda espontânea, respectivamente. A UPA Alemão destaca-se no volume de atendimentos, mas as UBS mantêm números próximos aos da UPA no que se refere ao manejo dos atendimentos imediatos.

Figura 9 – Número total de atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde e pronto atendimento dos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, março de 2015 a abril de 2016



Fonte: Sistema de Informação – OS Viva Rio

A diferença entre os dois cenários pode apontar para o encolhimento da UPA Rocinha, ao passo que as UBS têm se consolidado no território a partir da vinculação dos pacientes às suas equipes e maior compreensão do papel de cada equipamento. Acrescente-se a isso a maior facilidade em atrair médicos, especialmente com formação em atenção básica e manter as equipes completas na área da Rocinha, ao contrário do Complexo do Alemão.

Também caberia investigar a contribuição da residência de medicina de família e comunidade como um fator a interferir nessas diferenças, pois nota-se que na CF Maria do Socorro o volume do total de atendimentos e aqueles específicos para demanda espontânea diferenciou-se muito das demais unidades. Sabe-se que a unidade serviu como projeto piloto para o programa de residência, implantado desde 2012.

4.3 ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE AS UPA E AS UBS NA ROCINHA E NO COMPLEXO DO ALEMÃO

Neste eixo reúnem-se as informações que ajudam a compreender as estratégias e mecanismos adotados nos dois territórios para promover a articulação entre UPA e unidades de atenção básica, principalmente para facilitar a integração entre as unidades de saúde pesquisadas.

A análise da trajetória de implantação dos serviços pesquisados permitiu notar que, assim como a maior parte das UBS, a implantação das duas UPA aconteceu também no mesmo ano, em 2010. Em ambos os territórios houve relatos de que nesse período inicial havia questionamentos sobre qual seria o papel das UPA e das UBS frente às demandas com as classificações de risco verde e azul. Nos dois serviços de pronto atendimento acreditava-se que a atenção básica não estava cumprindo suas atribuições para garantir acolhimento e resolutividade às demandas de urgência. Nas UBS a percepção era que as UPA dispensavam os pacientes sem o devido atendimento.

Nota-se que atualmente há maior clareza quanto ao papel dos dois tipos de equipamento de saúde no território. As principais estratégias citadas para alcançar esse estágio foram reuniões entre os gestores e médicos responsáveis técnicos com finalidade de alinhar os fluxos de acesso.

Na Rocinha destacou-se, ainda, a iniciativa de compartilhar o espaço físico da administração da UPA para acomodar a administração da UBS vizinha à unidade. Os profissionais que auxiliam na administração da UPA e da UBS concentram-se na mesma sala, o que faz com que diferentes problemas estruturais sejam resolvidos de forma imediata, sem necessidade de grandes articulações. A farmácia e o depósito de medicamentos destes dois equipamentos de saúde também funcionam no mesmo local e nela trabalham o farmacêutico da UBS e da UPA. Outra estratégia citada como importante para aproximação entre os serviços foi o grupo de trabalho para planejar o acesso de usuários em tratamento para tuberculose, assim como compartilhar a agenda de procedimentos, como exames clínicos e radiológicos. Também existe a possibilidade de articular o uso da ambulância da UPA para transportar pacientes acompanhados pela ESF que têm dificuldade de deslocamento e precisam realizar tratamento em outros pontos de atenção da rede de saúde.

No Complexo do Alemão, a unificação da organização social responsável pela administração das UBS e da UPA foi citada como facilitador das relações de trabalho e compartilhamento dos recursos de apoio diagnóstico. O quadro de profissionais passou a contar com duas enfermeiras diaristas, cuja função é a articulação dos casos que vêm

encaminhados pela ESF ou que são atendidos na UPA e precisam ser redirecionados para as UBS.

Tanto na Rocinha quanto no Complexo do Alemão, a utilização de aplicativo de celular (*whatsapp*) para troca de mensagens instantâneas apareceu como recurso estratégico para aproximação entre profissionais e, por conseguinte, dos serviços. Em todas as entrevistas, os grupos de *whatsapp* foram citados como a principal forma de articulação para referenciar pacientes, discussão de casos e pedidos para realização de exames de forma imediata.

As duas UPA possuem laboratório de análises clínicas e equipamento de raio x. Por vezes, os médicos da ESF atendem os pacientes e direcionam-nos para realizar exames na UPA e posteriormente retornar à UBS para concluir o diagnóstico e prescrever tratamento. Nessas situações é preciso que seja feito contato telefônico ou via mensagem instantânea para que o paciente seja recebido na UPA, sem a necessidade de gerar atendimento médico na UPA. O paciente ao se apresentar na recepção da UPA é levado diretamente para o laboratório.

Os encaminhamentos entre unidades são registrados em formulário padrão estabelecido pela SMSRJ, denominado guia de referência e contrarreferência, cujo preenchimento se dá via prontuário eletrônico. Além da elaboração do documento, a orientação é que os profissionais realizem contato telefônico ou mensagem via celular para repassar os casos. Considerou-se esse procedimento importante para alinhar a comunicação entre as unidades e evitar possíveis equívocos na recepção dos pacientes.

Notou-se que há disponibilidade da coordenação médica e de enfermagem das duas UPA para discussão de casos de forma presencial ou por telefone. Além disso, na UPA do Alemão as reuniões mensais da equipe técnica contam com a participação do médico e enfermeira responsáveis técnicos da CF Zilda Arns. Estratégia adotada para que os profissionais das duas unidades pudessem discutir aspectos relacionados aos fluxos dos serviços, identificarem dificuldades nos processos de trabalho e pactuar ações entre as duas unidades.

Diferente da Rocinha, ressalta-se que no território do Complexo do Alemão a UPA Alemão, CF Zilda Arns e o CAPS, os quais funcionam na mesma estrutura, possuem uma direção unificada, exercida por duas gerentes, responsáveis pela gestão dos três equipamentos.

Nos dois territórios, outra estratégia relevante para articulação é o fato das UBS poderem contar com os serviços da UPA para realização de procedimentos, tais como troca de

curativos especiais e aplicação de medicação intravenosa durante os finais de semana, quando as unidades de atenção básica se encontram fechadas. Outra ação importante é o processo de alta referenciada para pacientes que ficaram internados na UPA. As UBS recebem relatório dos pacientes que estavam internados nas UPA, assim como nos hospitais municipais. No Complexo do Alemão, nos casos de pacientes crônicos que durante o final de semana procuraram a UPA por terem sofrido alguma descompensação no quadro clínico, pactuou-se que a liberação de medicamentos deve ser feita na quantidade exata para o final de semana, orientando o paciente a procurar a UBS de referência para acompanhamento com a equipe de saúde da família.

Pode-se apontar que, nos dois territórios, o fato da UPA ter ocupado papel de retaguarda para as UBS favoreceu a integração entre os serviços. Nota-se isso com o fato de compartilharem serviços de apoio diagnóstico, ajuda na discussão de casos, acolhimento dos usuários que precisam realizar procedimentos fora do horário de funcionamento das UBS.

A pesquisa permitiu identificar que essas articulações sinalizam uma integração inicial entre os serviços, denotando melhores condições para coordenação do cuidado. Por exemplo, no caso de transferências, tanto a UPA, quanto a UBS, só recebem pacientes encaminhados se houver algum tipo de contato dos profissionais dessas unidades, seja por telefone ou guia de referência. Também vigora a orientação nos dois territórios que, quando for observado que o paciente possui frágil capacidade de compreensão ou baixa autonomia, o contato telefônico entre os profissionais deve ser priorizado para garantir que paciente dê continuidade aos cuidados.

Dessa forma, percebe-se que há sincronia entre os serviços ao entender que o cuidado oferecido ao paciente deve centrar-se na AB, mesmo que este tenha ido diretamente à UPA ou para lá tenha sido direcionado para ter sua demanda resolvida.

5 O POSSÍVEL E O REAL NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO

O estudo permitiu identificar nos dois casos analisados as semelhanças e as diferenças que imprimem contorno à forma como está organizada a atenção às urgências de baixo risco na Rocinha e no Complexo do Alemão. O Quadro 9, apresentado na página 76, demonstra a síntese desses elementos.

Os dois casos estudados dizem respeito a dois bairros do município do Rio de Janeiro que concentram população pobre, que necessitaria mais dos serviços públicos de saúde (NERI; SOARES, 2002). O contexto demonstrou que, mesmo se tratando de cenários de pobreza, há diferenças que apontam melhores condições para o bairro da Rocinha quando comparado com o Complexo do Alemão, principalmente no que se refere à renda, à taxa de analfabetismo e à infraestrutura urbana.

A localização do bairro também é um fator favorável à Rocinha, tornando-a mais atrativa para lotação de profissionais de saúde. Comparando a trajetória de implantação de unidades de saúde nos dois bairros, nota-se que nessa área foram feitos investimentos na estruturação da atenção básica ainda na década de 80. Por outro lado, a implantação do modelo Estratégia Saúde da Família deu-se majoritariamente nos dois bairros há menos de 7 anos. Isso pode ser apontado como um elemento que influencia a organização do atendimento às demandas classificadas como urgência de baixo risco. Destaca-se o fato das equipes serem compostas, majoritariamente, por profissionais com pouca ou sem experiência em atenção básica, o que é diferente na Rocinha, onde se consegue atrair profissionais com maior qualificação.

O efeito positivo disso é a lotação de profissionais que compreendem os atributos da AB, como por exemplo, o fato desta configurar-se como primeiro contato preferencial para acesso ao sistema de saúde. Dessa forma, a equipe não prioriza somente os atendimentos agendados conforme linhas de cuidado ou ações de prevenção, mas torna-se referência também quando os pacientes apresentam demandas agudas.

Na atenção básica, nota-se como medidas que qualificam a atenção às urgências a inserção de outros profissionais que podem ser acionados para definir os cuidados necessários após o atendimento médico, tal como os profissionais do NASF, recurso disponível apenas nas unidades da Rocinha. Além disso, a inserção dos programas de residência em medicina de

família e comunidade e enfermagem é outro elemento que favorece melhor organização da atenção às urgências de baixo risco.

A configuração da porta de entrada das UPA e das UBS sinalizam diferenças sobre a organização da atenção às urgências de baixo risco. Nas UPA o atendimento médico no mesmo dia é a principal oferta do serviço, para isso utiliza-se protocolo de risco que classifica a prioridade dos casos e garante ao paciente que será avaliado pelo médico no mesmo dia. Nas UBS, a avaliação das demandas fica a critério das equipes, mesmo tendo orientações para que o paciente não deixe a unidade sem ser avaliado pelo médico, nos casos de quadro agudo. Entretanto, sabe-se que algumas situações podem romper com essa orientação, principalmente pela variedade de ações em que estão envolvidos os profissionais da AB, tal como grupos de saúde, visitas domiciliares e os atendimentos programados.

Essa discussão aponta ser necessário considerar adoção de protocolos para classificação de risco que unifique os critérios utilizados na AB e na UPA, o que beneficiaria a organização da atenção às urgências de uma forma unificada entre os dois serviços.

Percebe-se um dilema nesse ponto: o paciente que procura a UPA por uma demanda de baixo risco será atendido, mas pode ser que sua equipe de AB não tome conhecimento de que tem procurado atendimentos. O problema é pontualmente resolvido, mas se perde a oportunidade de ser acompanhado (longitudinalidade). Por outro lado, o paciente que escolher procurar a AB, pode enfrentar regras e tempos diferenciados a depender de sua equipe. Dessa forma, quando se analisa a organização da atenção às urgências notam-se padrões diferenciados de acesso, abordagens e possibilidades distintas para continuidade do cuidado entre um serviço e outro.

Um exemplo concreto observado nos casos é o modo como as duas UPA abordam as demandas classificadas como risco azul. Na UPA Rocinha é visto como estratégico absorver os casos que demandariam apenas procedimentos, possivelmente uma estratégia para manter os níveis de produção ambulatorial. Na UPA Alemão, esses casos são, preferencialmente, encaminhados devido à maior sobrecarga de atendimentos. Dessa forma, práticas distintas com relação às urgências de baixo risco não se dão somente entre UPA e UBS, mas também para o mesmo tipo de serviço implantado em locais diferentes.

Nas UPA Rocinha e Alemão, mesmo estando localizadas em bairros onde a cobertura da ESF atinge 100% da população, predominam os atendimentos realizados para demandas classificadas como baixo risco (85,9% e 79,1%, respectivamente) O predomínio de afecções leves nos serviços de urgência também foi apontado em estudo sobre utilização de UPA e AB

no município de Belo Horizonte, que variam de 18% a 38% nas UBS e de 51,1% a 74,4% nas UPA (PIRES, 2013).

No presente estudo, identificaram-se como principais diagnósticos utilizados para o risco verde: gripe, gastroenterite, cefaléia tensional, dor articular, infecção do trato urinário, infecção respiratória aguda, eritema, febre não especificada, dor articular, lombar, abdominal, alergia não especificada, dengue, hipertensão essencial e náusea e vômitos.

Um apontamento importante é o potencial de atendimentos das UBS, uma vez que a soma de atendimentos de demanda espontânea e demanda programada nas UBS com mais de seis equipes de Saúde da Família foi maior que o número de atendimentos médicos realizados nas UPA. Se forem consideradas apenas os atendimentos imediatos realizados nas UBS, nota-se que a produção é próxima ao número de atendimentos para demanda classificada como risco verde nas UPA. Por um lado, isso expressa o reconhecimento das UBS pela população como oportunidade de atendimento imediato.

Por outro, não significa que as UPA não tenham lugar específico na organização da atenção às urgências de baixo risco. É relevante o papel que possuem de retaguarda, prestando apoio diagnóstico imediato para as demandas atendidas pelos médicos das UBS e garantindo atendimento nos horários que as UBS estão fechadas, como o turno da noite e finais de semana. Fatores que nesses primeiros anos de coexistência entre UPA e UBS em ambos os bairros favoreceram a integração entre os serviços.

As estratégias para articular as UPA e as UBS em cada bairro perpassam a unificação da organização social que realiza a gestão dos serviços; aproximação entre gestores das unidades de saúde por meio de reuniões e grupos para troca de mensagens instantâneas; construção de fluxos conjuntos para demandas específicas, como os casos de tuberculose e agenda compartilhada para uso dos serviços de apoio diagnóstico da UPA, além da adoção de formulário padronizado para referência e contrarreferência. Pode-se afirmar que existe uma integração inicial entre os níveis assistenciais. Alguns critérios são apontados para identificar se o paciente pode perceber integração em um sistema de saúde, tais como: quando ele não precisa repetir sua história em cada atendimento, pois os dados clínicos ficam armazenados em prontuários compartilhados; não recebe pedidos repetidos para exames sem que seja necessário; dispõe de unidades 24h ligadas a atenção primária; não precisam ficar restritos a um serviço de saúde por incapacidade de atendimento em outro nível de atenção; recebem informações precisas e claras que os permitem fazer escolhas seguras; conseguem ter acesso à exames e profissionais por telefone; as consultas com médico da atenção primária transcorrem

em tempo suficiente para que o paciente interaja; recebe visita domiciliar e treinamento em autocuidado; frequentemente é acionado para ações de prevenção a complicações de problemas crônicos (LEATT et al., 2000 apud HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Estudos de casos sobre integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos identificaram que o processo de articulação e definição de fluxos entre unidades básicas de saúde e UPA foi avaliado como positivo por gestores do município de Belo Horizonte. Entretanto, médicos e enfermeiros identificaram a relação UPA e UBS como um dos principais problemas para o funcionamento integrado da rede, percepção que se repetiu no município de Vitória (ALMEIDA et al, 2010). Em Florianópolis, também se identificou ser necessário avançar nas estratégias de integração e coordenação para fortalecer a Estratégia Saúde da Família como de porta de entrada preferencial integrada à rede de saúde (SISSON et al, 2011).

Considerando a UPA Rocinha e UPA Alemão, outras estratégias adotadas para buscar a articulação com as unidades básicas de saúde foram: inclusão de médicos com formação e ou experiência em AB na coordenação técnica do serviço, enfermeiros diaristas que fazem interlocução com as UBS. Na UPA Alemão, especificamente, existe a participação de profissionais da UBS na reunião da equipe técnica. E na UPA Rocinha, existe o compartilhamento de espaços físicos. Além de visar à articulação entre os serviços, essas estratégias apontam para iniciativas de unificar o modelo de atenção com vistas a gerar uma oferta organizada nos dois bairros em torno das demandas de baixo risco. Ressaltando que oferta organizada é uma forma de combinar tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas derivados de áreas com diferentes perfis epidemiológicos e atendimento integral de necessidades de saúde dos distintos territórios (PAIM, 2012).

Notou-se que, entre os dois eixos de análise, a configuração da atenção às urgências de baixo risco apresentou aspectos mais expressivos em torno das semelhanças. Isso remete à política de saúde do município, que denota intenções de promover estratégias de integração entre os serviços aproximando a lógica de funcionamento da UPA submetida ao papel da AB no território de referência. Por outro lado, mesmo que sutis, as diferenças entre as características do território de referência e trajetória político institucional dos serviços, sinalizam que na Rocinha há melhores condições para organização da atenção às urgências de baixo risco. Ressalta-se a maior tradição das unidades básicas de saúde no bairro e facilidade de manter as equipes de saúde da família completas, com profissionais qualificados para atuar em AB.

Em suma, não se observou diferenças consideráveis na forma como a atenção às urgências está organizada nos dois casos. Entretanto há um *mix* de práticas que pode confundir usuários, profissionais de saúde e gestores locais. Isso pode apontar efeitos negativos para o sistema de saúde, com aumento dos gastos sem reverter para melhorias no acesso e qualidade dos atendimentos. A coexistência não traz prejuízos, mas precisa ser redimensionada para otimizar recursos e fortalecer o papel da AB como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde.

Quadro 9 – Semelhanças e diferenças na organização da atenção às urgências de baixo risco nos bairros da Rocinha e Complexo do Alemão. Município do Rio de Janeiro, 2017

Eixos de análise	Semelhanças	Diferenças
<p>Características do território de referência e trajetória político institucional dos serviços</p>	<p>Constituem-se como bairros carentes que expressam as desigualdades sociais existentes no município do Rio de Janeiro.</p> <p>Cobertura da ESF atinge 100% da população residente.</p> <p>As UPA e as UBS são geridas pela mesma organização social de saúde.</p> <p>As unidades de saúde utilizam prontuário eletrônico para registro de informações em saúde e acompanhamento de metas do contrato de gestão.</p> <p>Localização das unidades de saúde favorável para o acesso da população e profissionais de saúde.</p>	<p>Rocinha</p> <p>Melhores resultados para indicadores socioeconômicos e de infraestrutura (como distribuição de energia elétrica e coleta de lixo). Localização próxima a bairros de classes média e alta favorece lotação de médicos nas equipes, sendo possível selecionar profissionais com maior qualificação em AB. Serviços de AB implantados há longa data favorece a organização da porta de entrada das unidades de saúde.</p> <p>Complexo do Alemão</p> <p>Melhores resultados para indicadores de infraestrutura urbana (como abastecimento de água e esgoto). Localização distante do centro da cidade e constantes conflitos armados no bairro dificultam lotação de profissionais. Concentra unidades com tempo recente de implantação.</p>
<p>Configuração da atenção às urgências de baixo risco</p>	<p>Nas UBS número maior de categorias profissionais envolvidos nos atendimentos às urgências de baixo risco</p> <p>Nas UPA apenas médicos e enfermeiros envolvidos nos atendimentos às urgências de baixo risco.</p> <p>Equipes de saúde da família possuem autonomia</p>	<p>Rocinha</p> <p>Inserção do programa de residência em medicina de família e comunidade há mais tempo e em maior número de equipes de saúde da família. Presença de profissionais do NASF. Na UPA não possui pediatra, quadro de profissionais com maior número em algumas</p>

	<p>para montar suas agendas, definindo prioridades. UPA utilizam protocolo municipal para classificação de risco, que define a prioridade dos atendimentos.</p> <p>Nas UPA o percentual de demandas classificadas como risco verde é predominante.</p> <p>Soma de atendimentos (demanda espontânea e demanda programada) nas UBS maior que atendimentos médicos realizados na UPA.</p> <p>Número de atendimentos para demanda espontânea nas UBS é próximo ao número de atendimentos para demanda classificada como risco verde nas UPA.</p> <p>Reuniões entre gestores da UPA e das UBS para alinha fluxos de acesso.</p> <p>Grupos para troca de mensagens no celular envolvendo gestores da UPA e da UBS para alinhar encaminhamento de pacientes.</p> <p>Disponibilização dos serviços de apoio diagnóstico da UPA para as UBS.</p> <p>As UPA oferecem retaguarda nos finais de semana para os pacientes acompanhados nas UBS que necessitam realizar procedimentos.</p> <p>Coordenadores médicos das UPA com formação e experiência em AB.</p> <p>Inserção de enfermeiros diaristas nas UPA para facilitar encaminhamentos dos casos para UBS.</p>	<p>categorias.</p> <p>A UPA prioriza atender demandas classificadas como azul quando relacionadas com procedimentos.</p> <p>Total de atendimentos na UPA 20% menor que UPA Alemão.</p> <p>Conjunto menor de diagnósticos utilizados para demandas classificadas como verde.</p> <p>Mesma OS realiza a gestão do serviço desde o início da implantação da UPA e das UBS.</p> <p>Salas de atendimento e outros espaços físicos compartilhados entre UPA e CF Maria do Socorro.</p> <p>Elaboração conjunta UPA/UBS de fluxo para manejo de casos de tuberculose.</p> <p>Complexo do Alemão</p> <p>Na UPA Alemão prioritariamente as demandas classificadas como azul são redirecionadas.</p> <p>Presença de médico pediatra na UPA eleva número de atendimentos às pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos.</p> <p>OS realiza a gestão da UPA Alemão foi trocada há 1 ano e 6 meses, passando a ser a mesma que realiza a gestão das UBS.</p>
--	---	--

Fonte: Elaboração própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para realização dessa pesquisa iniciou-se com um estudo anterior, cujo objetivo foi analisar nas normativas federais o papel da atenção básica com relação ao atendimento às urgências. Esta oportunidade indicou uma possível inflexão na política de saúde, que demonstrava a necessidade de reafirmar o potencial da AB para absorver quadros agudos e crônicos agudizados, expandindo práticas tradicionais focadas nos atendimentos programados e ações de prevenção à saúde.

Neste estudo, procurou-se compreender como, na prática, estaria organizada a atenção às urgências de baixo risco, considerando espaços geográficos delimitados em que coexistissem tipos diferenciados de serviços que seriam porta de entrada para essas demandas. A questão de investigação era que as unidades de pronto atendimento influenciariam negativamente as unidades de atenção básica, trazendo dificuldades para fortalecer o papel da atenção básica como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde.

A escolha pela análise comparada de dois casos foi feita com a finalidade de abranger ampla gama de elementos que influenciam a configuração da atenção às urgências. Dessa forma, os resultados permitiram comparar aspectos do contexto e trajetória política-institucional e organização dos serviços, num exercício de comparação que envolveu sempre dois planos: Rocinha e Complexo do Alemão e UBS e UPA.

A comparação entre os dois bairros apontou mais convergências que divergências. O que pode estar ligado com a característica de gestão centralizada da política de saúde desenvolvida no município do Rio de Janeiro durante o período analisado, a partir de 2009. Considerando que foi um período de reconhecida expansão de serviços, isso não é visto como desfavorável. Entretanto, decorridos sete anos de implantação, aponta-se para necessidade de aperfeiçoar a organização da atenção às urgências em cada um dos bairros, ambos com 100% de cobertura da ESF.

A experiência da Rocinha indica que o papel e abrangência da UPA pode ser redesenhado, no sentido de dimensionar o quadro de profissionais para o volume de atendimentos classificados como amarelo e vermelho. A unidade já compartilha espaços físicos com a CF Maria do Socorro e funciona como retaguarda para realização de serviços de apoio diagnóstico para as outras UBS do bairro, há mais tempo que a UPA do Alemão.

No Complexo do Alemão as estratégias de integração com as UBS iniciaram-se em período mais recente, principalmente a partir da unificação da organização social que faz gestão das unidades de saúde neste bairro. Também caberia redimensionar o escopo da UPA considerando o volume de atendimentos voltados para baixo risco, o que levanta a necessidade de investir nas equipes de saúde da família, criando estratégias para fixação de profissionais e qualificação em atenção básica.

A comparação entre UPA e UBS trouxe destaque para importância que cada um dos serviços ocupa no sistema de saúde. Percebe-se que a coexistência pode ser favorável, pois as UBS precisam de retaguarda no horário que não estão funcionando para serviços de apoio diagnóstico, transporte e manejo de urgências graves. Observando-se a ampla gama de ações ofertadas pelas UBS e o volume de atendimentos prestados caberia rever o quantitativo de pacientes sob responsabilidade de cada equipe de saúde da família.

Estudos multicaseos trazem desafios na sua realização, principalmente com o curto período de execução da pesquisa dentro de um programa de mestrado. Isso dificultou incorporar observações anteriores às visitas de campo e aprofundar o referencial teórico, que teria enriquecido a abordagem de análise comparada.

Outros desafios dizem respeito à escolha de gestores como sujeitos da pesquisa, em geral a agenda sobrecarregada e a função que ocupam trouxeram dificuldades para realização das entrevistas. Quanto aos dados secundários, duas dificuldades estiveram presentes, uma relacionada à escolha de dois bairros como recorte geográfico, pois poucos tipos de dados estão disponíveis nesse nível de desagregação, mesmo num município com o porte do Rio de Janeiro. E outra dificuldade esteve relacionada ao tema das urgências na AB, já que há poucas formas de registro de informação sobre este tipo de atendimento neste nível de atenção.

No percurso da pesquisa ficou claro a importância de debater como se configuram as respostas do sistema de saúde para organizar o atendimento às demandas que poderiam ser atendidas em mais de um tipo de serviço. Dessa forma, é preciso compreender as estratégias para gerar ofertas organizadas no modelo de atenção vigente.

Diante disso, sugere-se como tema de outras pesquisas o uso de protocolos unificados para classificação de risco, especialmente entre UPA e UBS, de maneira que gerem integração entre serviços, coordenação e continuidade dos cuidados.

Destaca-se que nesta pesquisa, um dos critérios de escolha dos casos foi o fato de serem as UPA geridas pelo mesmo ente governamental. Ambas as UPA analisadas pertencem à gestão municipal, que também é responsável pelos serviços de AB, o que foi identificado

como fator positivo para organização da atenção às urgências de baixo risco nos casos analisados. Entretanto sabe-se que as relações interfederativas trazem implicação para gestão e organização da atenção à saúde, somente no município do Rio de Janeiro existem 17 UPA sob gestão estadual, o que aponta a importância de estudos que possam explorar esses elementos.

Ao longo dessa pesquisa deparou-se com informações que apontavam para necessidade de reduzir custos dos serviços de saúde implantados e melhorar a efetividade do cuidado. Nesse sentido, caberiam outros estudos que façam análise sobre custo de implantação e manutenção de UPA e UBS com vistas a otimizar a organização da atenção às urgências nos territórios de referência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, fev.2010.

BARROS, P. et al. Portugal: Health system review. **Health Systems in Transition**, v.13, n.4, p.1–156, 2011.

BOYLE, S.. United Kingdom (England): Health system review. **Health Systems in Transition**, v.13, n.1, p.1–486, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, v.I, n. 28. Brasília-DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1600, de 07/07/2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**, v.II, n.28. Brasília-DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília-DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 04 de 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.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. [S.l]: Portal da Saúde, 2017 (*site*). Acesso em: 04 fev.2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 mar. 1995.

CORDEIRO JUNIOR, W. et al. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos**. 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads>>. Acesso em: 03 fev.2016.

FRANCE. **Organisation de La médecine d'urgence em France: un défi pour l'avenir**. 2015. Disponível em: <<http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>>

GARCÍA-ARMESTO, S. et al. Spain: Health system review. **Health Systems in Transition**, v.12, n.4, p.1-295, 2010.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Panorama dos territórios – UPP Rocinha**. 2017.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Panorama dos territórios – UPP Complexo do Alemão**. 2017.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro**. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LIMA, L. D. et al. As unidades de pronto atendimento no estado do Rio de Janeiro. In: IBAÑEZ, N. (org). **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2015. (CONASS Documenta, n.28).

LIMA, L. D. et al. Interdependência federativa na produção de políticas de saúde: a experiência das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), 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.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.S77-S87, 2002.

MACHADO, C. V. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.3, jun.2011.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. A Agenda Federal da Saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, C. V. et al. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 149-171.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.. Perspectivas históricas na análise de políticas de saúde. In: WARGAS, T. F. et al (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 115-145.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2395-2404, 2010.

OUVERNEY, M. A.; NORONHA, J.C. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. **A saúde no Brasil em 2030:**

prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - organização e gestão do sistema de saúde [online]. v.3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed rev. e amp – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. P. 459-491.

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 Soc. São Paulo**, v.22, n.1, p.211-222, 2013

RIO DE JANEIRO. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde** – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.

RIO DE JANEIRO. Manual de acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência – **Protocolos**. Secretaria Municipal de Saúde. 2015. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/SMS>>.

RUESCHEMEYER, D. Can one or a few cases yield theoretical gains? In: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D (eds). **Comparative historical analysis in the social sciences**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003. p. 305-336.

SILVA, N. S. **A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013**. 2015. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SISSON, Maristela Chitto et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 991-1004, dez.2011.

SOARES, S. S. et al. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v.5, n.2, p.170-177, 2014.

SORANZ, D.R.P. et al. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1327-1338, 2016.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M.. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed rev. e amp – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 183-206.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada Atenção às urgências de baixo e médio riscos no município do Rio de Janeiro desenvolvida pela mestrandia Stefânia Santos Soares, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar, em perspectiva comparada, as implicações da coexistência de diferentes tipos de serviços para a atenção às urgências de baixo e médio risco em duas regiões selecionadas no município do Rio de Janeiro.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por coordenar ou gerenciar unidades de saúde que compõe o espectro de interesse do estudo ou porque o senhor (a) ocupa cargo, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, relacionado à gestão da atenção básica e/ou atenção às Urgências . A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa serão divulgados por intermédio da Dissertação de mestrado da pesquisadora responsável, de artigos científicos publicados em revistas qualificadas e apresentações de trabalhos em eventos científicos.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela pesquisadora e sua orientadora.

O benefício relacionado com sua participação nessa pesquisa é o de contribuir com o debate sobre a atenção às urgências de baixo e médio risco e como se dá esse processo em

territórios distintos que guardam características semelhantes. Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, esclarecemos que há risco de ocorrer identificações dos sujeitos entrevistados em razão do cargo público ocupado e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ

End.: Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 - Cidade Nova. Telefone: 3971-1463.

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

STEFÂNIA SANTOS SOARES

Pesquisadora – email: stefaniasoares@gmail.com Tel: (21)980210818

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora-Orientadora - Email: luciana@ensp.fiocruz.br

DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e assinatura do entrevistado)

APÊNDICE B – Roteiro de questões semiestruturadas

Código do Questionário: _____	
Data da Entrevista: ____ / ____ / ____	
Entrevistador:	
Unidade e RA: _____	
Nome do entrevistado:	
Telefone: (____) _____	

Pesquisa:

Atenção às urgências de baixo e médio risco no município do Rio de Janeiro

Roteiro de Questões Semi- Estruturadas

Gerentes de UBS e Coordenadores de UPA

Este roteiro faz parte de uma pesquisa sobre a configuração da atenção às urgências, analisando especialmente dois territórios no município do Rio de Janeiro. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do roteiro encontra-se o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

O TCLE deverá ser apresentado e assinado antes de iniciar a entrevista.

Dimensão – Contexto sócio econômico demográfico e epidemiológico

- 1- Que características da população e ou território onde esta unidade se insere influenciam as demandas de urgência que se apresentam no dia a dia?

Dimensão – Trajetória e características da implantação e gestão dos serviços

- 2- Qual a data de inauguração dessa unidade?
- 3- O que motivou a implantação dessa unidade nesse local? Você considera a localização adequada para acesso da população?
- 4- De que forma essa unidade se relaciona com a secretaria de saúde?

- 5- Essa unidade está contemplada por contrato de gestão entre Organização Social de Saúde e SMS. Você conhece o escopo do contrato? Quais as principais diretrizes que influenciam a rotina da unidade?
- 6- Que tipo de informações são registradas pela unidade? Quais as ferramentas utilizadas?
- 7- Como é feito o monitoramento das ações voltadas para o atendimento às urgências?
- 8- Existem metas voltadas para atendimento às urgências? Caso sim, quais?

Dimensão – Demandas de urgência de baixo e médio risco

- 9- No que diz respeito as demandas de baixo e médio risco, quais as principais queixas apresentadas pela população?
- 10- Qual o perfil e faixa etária da população que procura a unidade apresentando demandas de urgência de baixo e médio risco?
- 11- Quais os dias e horários são mais frequentes as demandas consideradas de baixo e médio risco?
- 12- Qual a orientação/diretrizes para atuação dos profissionais no casos de urgência de baixo e médio?
- 13- Qual protocolo/documento para classificar a queixa (demanda) do paciente utilizado na unidade? Aponte críticas.

Dimensão – Coordenação do cuidado às urgências de baixo e médio risco

- 14- Em casos de urgência de baixo e médio risco é necessário apoio ou contato com outros serviços da rede de saúde? Quais?
- 15- A unidade realiza referência e contrarreferência nos casos de urgência de baixo e médio risco?
- 16- Quais os mecanismos disponíveis para referência e contrarreferência?
- 17- Existe articulação entre as UBS/PSF e as UPA?
- 18- O paciente atendido com uma demanda de urgência de baixo e médio risco tem o costume de retornar para a unidade? Em que casos?

Perspectivas

- 19- Quais os desafios para organização da atenção das urgências de baixo risco neste território?
- 20- Que ações poderiam ser implementadas para qualificar a atenção a este tipo de demanda?

Dimensão - Capacidade da oferta de atenção às urgências de baixo e médio risco

- 21- Você considera que esta unidade possui recursos (humano/físicos) para atender urgências de baixo risco? Justifique.
- 22- Você considera que as urgências de baixo risco atendidas nessa unidade são resolvidas? Justifique.

Infraestrutura geral das UBS

23 – Identificar durante a visita de campo à unidade:

Capacidade da oferta de atenção às urgências				
Unidade de Atenção Básica:				
Cód. eSF	Composição	CH/profissional	População Coberta	População Cadastrada
Equipe:	Médico			
	Enfermeiro			
	Téc. Enfermagem			
	ACS			
	Saúde Bucal	() sim () não		
	NASF	() sim () não		
Equipe:	Médico			
	Enfermeiro			
	Téc. Enfermagem			
	ACS			
	Saúde Bucal	() sim () não		
	NASF	() sim () não		
	Enfermeiro			
	Téc. Enfermagem			
	ACS			
	Saúde Bucal	() sim () não		
	NASF	() sim () não		

Unidade de Atenção Básica:			
Horário de Funcionamento: (dias da semana e turno)			
Estrutura (Física e mobiliário)	Itens	SIM	NÃO
	Acesso para ambulância		
	Sala de Observação Clínica		
	Cadeira de rodas		
Equipamentos/Insumos	Ambú adulto com máscaras		
	Ambú infantil com máscaras		
	jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)		
	sondas de aspiração		
	Cilindro de oxigênio		
	Aspirador portátil ou fixo		
	material para punção venosa		
	material para curativo		
	material para pequenas suturas		
	material para imobilizações (colares, talas, pranchas).		
Medicamentos	Adrenalina		
	Água destilada		
	Aminofilina		
	Amiodarona		
	Atropina		
	Brometo de Ipratrópio		
	Cloreto de potássio		
	Deslanosídeo		
	Dexametasona		
	Diazepam		
	Diclofenaco de Sódio		

	Dipirona		
	Dobutamina		
	Dopamina		
	Epinefrina		
	Escopolamina (hioscina)		
	Fenitoína		
	Fenobarbital		
	Furosemida		
	Glicose		
	Haloperidol		
	Hidantoína		
	Hidrocortisona		
	Insulina		
	Isossorbida		
	Lidocaína		
	Meperidina		
	Midazol		

Bloco 1 - Recursos Humanos	
UPA:	
Categoria profissional	Número
Auxiliar de enfermagem	
Técnico de enfermagem	
Enfermeiro	
Odontólogo	
Psicólogo	
Assistente Social	
Médico Clínico Geral	
Médico Pediatra	
Médico Ortopedista	
Médico de outra especialidade Especifique:	
Médico de outra especialidade Especifique:	
Médico de outra especialidade Especifique:	

Roteiro de Questões Semi- Estruturadas

Gestores Municipais: Secretário Municipal de Saúde, Subsecretário de AB e Subsecretário de Urgência e Emergência

1. Quais as diretrizes/orientações da SMS para atenção às urgências de baixo e médio risco envolvendo as unidades de atenção básica e UPA?
2. Poderia nos contar sobre os motivos/estratégias que levaram à expansão da ESF no complexo do alemão e na Rocinha? Assim como o que levou à implantação da UPA Rocinha e UPA Alemão?
3. Identificam diferenças e aproximações no que diz respeito à gestão e organização dos serviços quando se compara Rocinha e Alemão?
- A mesma organização social realiza gestão das UBS e UPA. Comente sobre pontos positivos e negativos.
4. Na UPA Rocinha e UPA Alemão o coordenador médico é um médico de família e comunidade. Explique essa estratégia. É adotada em outras áreas da cidade?
5. Quais os desafios para organizar a atenção às urgências nessas duas regiões?