



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



GABRIELA ALMEIDA BORGES

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
DE PRONTO ATENDIMENTO: DETERMINANTES, ESCOLHAS E DESAFIOS
ORGANIZATIVOS

Salvador
2021

GABRIELA ALMEIDA BORGES

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
DE PRONTO ATENDIMENTO: DETERMINANTES, ESCOLHAS E DESAFIOS
ORGANIZATIVOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Guadalupe Medina

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Queiroz Vilasboas

Salvador
2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B732a Borges, Gabriela Almeida.

Análise da relação entre unidades de Atenção Primária à Saúde e de Pronto Atendimento: determinantes, escolhas e desafios organizativos / Gabriela Almeida Borges. – Salvador: G.A. Borges, 2021.

134 f.: il

Orientador: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Atendimento de Emergência. 4. Integração dos Serviços de Saúde. 5. Integração de Sistemas. 6. Determinação das Necessidades de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

GABRIELA ALMEIDA BORGES

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
DE PRONTO ATENDIMENTO: DETERMINANTES, ESCOLHAS E DESAFIOS
ORGANIZATIVOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Aylene Emilia Moraes Bousquat _____
Faculdade de Saúde Pública/USP

Prof. Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira _____
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Prof. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas _____
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Dra. Maria Guadalupe Medina (Orientadora) _____
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

GABRIELA ALMEIDA BORGES

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E DE PRONTO ATENDIMENTO: DETERMINANTES,
ESCOLHAS E DESAFIOS ORGANIZATIVOS**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de agosto de 2021.

Banca Examinadora:

Profª. Maria Guadalupe Medina – ISC/UFBA (orientadora)

Profª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA (coorientadora)

Profª. Aylene Emilia Moraes Bousquat – FSP/USP

Profª. Gisele O'Dwyer de Oliveira – ENSP/FIOCRUZ

Salvador

2021

AGRADECIMENTOS

Um longo caminho foi percorrido para que fosse possível o fechamento desse ciclo. Chegar nesse momento representa, sobretudo, uma conquista pessoal de superação e ressignificação dos desafios vividos. Assim, antes de tudo, agradeço a mim por ser capaz de seguir, com um passo por vez, e não desistir.

Agradeço especialmente aos meus pais, Jorge e Silene, pela presença e apoio incondicional;

Aos meus irmãos, pelo compartilhar da vida;

Aos meus sobrinhos Alice, Gabriel e Luísa, por enxergarem e despertarem a alegria da criança que existe em mim;

Ao meu amor, por todo companheirismo, dedicação e cuidado diários. A vida ao seu lado é leve e feliz!

À professora e orientadora Guadalupe, pela compreensão e paciência ao longo desses anos, além das ricas discussões e conhecimentos compartilhados;

Ao professor Jairnilson Paim, pelas contribuições no momento da qualificação, por acreditar no meu potencial e nesse projeto, e viabilizar junto ao Observatório de Análise Política em Saúde a realização do trabalho de campo em condições adequadas;

À professora Ana Luíza Vilasbôas, pelas oportunidades conferidas, aprendizados e contribuições a esse trabalho;

À professora Aylene Bousquat, pelas valiosas sugestões no momento da qualificação, por propiciar a participação na pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil e nas oportunidades surgidas dessa interação;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro concedido.

À secretaria de pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, em especial a Carla, pela disponibilidade em solucionar todas as questões surgidas;

Aos entrevistados do município investigado, pela atenção e disponibilidade, o que permitiu a realização desse trabalho;

À minha amada amiga Indiara, por segurar a minha mão em todos os momentos, especialmente quando mais precisei;

À Alexandra, Jaci e Meiry em nome de todos os encontros especiais que o SUS, a vida e o Estado de Pernambuco me proporcionaram;

Aos demais amigos, colegas e familiares que compartilharam momentos dessa trajetória e torcem pelas minhas conquistas.

BORGES, G.A. **Análise da relação entre unidades de Atenção Primária à Saúde e de Pronto Atendimento: determinantes, escolhas e desafios organizativos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Há uma crescente demanda aos serviços de urgência e emergência que muitas vezes não é considerada correspondente ao caráter de urgência. Por outro lado, a APS é apontada por permanecer voltada às ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade. No Brasil, Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) tiveram grande expansão a partir do ano de 2008, e apesar do destaque ao caráter assistencial e do pronto-atender, foi formulada com a missão legal de compor um complexo assistencial vinculado à atenção primária. No entanto, algumas evidências apontam para uma relação informal e desarticulada entre a APS e a UPA, sobretudo na condução dos atendimentos de urgência de menor gravidade, que merecem melhor investigação. Os objetivos do estudo foram: Analisar a dinâmica organizativa que se estabelece na relação entre as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Pronto Atendimento (UPA) 24h no município de Petrolina-PE; Identificar fluxos assistenciais e mecanismos de integração existentes entre os serviços de APS e UPA; Analisar as atribuições e competências das APS e UPA em situações de baixa urgência; Caracterizar os fatores determinantes nas escolhas dos usuários entre a busca por serviços de urgência e de APS. Trata-se de um estudo de caso único em um município da Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (Rede PEBA), Nordeste do Brasil. Considerou-se como fontes primárias de evidência as informações registradas no diário de campo da pesquisadora, dados obtidos mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores e usuários da UPA 24h e APS e, como fontes secundárias, documentos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e da UPA. As informações foram processadas com o auxílio do programa NVIVO. Adotou-se como categorias de análise quatro dimensões de integração baseadas no conceito de ‘sistema integrado de saúde’ proposto por Contandriopoulos: Integração clínica; Integração Funcional; Integração Sistêmica e Integração Normativa. As evidências produzidas indicam baixa integração entre a APS e a UPA nas diferentes dimensões estudadas. Desde os elementos mais operacionais, descritos predominantemente na integração funcional, até os elementos mais subjetivos, referidos na integração normativa, apontam lacunas para a efetiva integração entre os serviços. Ademais, há um descompasso entre o perfil de atendimento relacionado às urgências de baixa gravidade realizado pelos dois níveis de atenção e a “visão ideal” dos profissionais e gestores a respeito do que deveria ser esse atendimento. Na UPA, atende-se majoritariamente situações de baixa gravidade, perfil de atendimento compreendido pelos atores como adequado à APS. Em contrapartida, as ESF possuem limitações para o exercício dessa função. Como consequência, ocorre a não priorização desse perfil de usuários em ambos os serviços. Ainda assim, a UPA acaba respondendo por uma grande parcela dessa demanda, provocando nos sujeitos das buscas a percepção de que são ainda mais preteridos pela APS, tendo como consequência a baixa confiança e credibilidade em relação ao atendimento na atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Atendimento de Emergência; Integração dos Serviços de Saúde; Integração de Sistemas; Determinação das Necessidades de Saúde

BORGES, G.A. Analysis of the relationship between Primary Health Care and Emergency Care units: determinants, choices and organizational challenges. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

There is a growing demand for urgent and emergency services that are often not considered to correspond to the urgency character. On the other hand, the APS is singled out for remaining focused on preferentially “preventive and programmatic” actions, to the detriment of welcoming and attending to citizens affected by low-complexity acute conditions. In Brazil, 24-hour Emergency Care Units (UPA) had a great expansion from the year 2008, and despite the emphasis on the assistance and emergency services, it was formulated with the legal mission of composing a care complex linked to primary care. However, some evidence points to an informal and fragmented relationship between the "APS" and the UPA, especially in the conduct of less severe emergency care, which deserves further investigation. The objectives of the study were: To analyze the organizational dynamics established in the relationship between the Primary Health Care (APS) and 24-hour Emergency Care (UPA) units in the city of Petrolina-PE; Identify assistance flows and existing integration mechanisms between APS and UPA services; Analyze the attributions and competences of the APS and UPA in situations of low urgency; Characterize the determining factors in the choices of users between the search for emergency services and APS. This is a unique case study in a municipality of the Interstate Health Network of the Middle São Francisco Valley (PEBA Network), Northeastern Brazil. The primary sources of evidence were the information recorded in the researcher's field diary, data obtained through semi-structured interviews with professionals, managers and users of the 24h UPA and APS and, as secondary sources, documents from the State and Municipal Health and UPA. The information was processed with the help of the NVIVO software. Four dimensions of integration were adopted as categories of analysis based on the concept of 'integrated health system' proposed by Contandriopoulos: Clinical integration; Functional Integration; Systemic Integration and Normative Integration. The evidence produced indicates low integration between APS and UPA in the different dimensions studied. From the more operational elements, predominantly described in functional integration, to the more subjective elements, referred to in normative integration, they point out gaps for the effective integration between services. Furthermore, there is a mismatch between the profile of care related to low severity emergencies provided by the two levels of care and the “ideal view” of professionals and managers regarding what this care should be. In the UPA, mostly low severity situations are attended to, a service profile understood by the actors as adequate for APS. On the other hand, the ESF have limitations for exercising this function. As a result, this user profile is not prioritized in both services. Still, the UPA has just accounting for a large portion of this demand, causing the search subject in the perception that are even more unsuccessful by APS, resulting in low confidence and credibility in relation to services in primary care.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Emergency Care; Integrated care; Systems Integration; Needs Assessment

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AME – Assistência Multiprofissional Especializada

APS – Atenção Primária em Saúde

CRIL – Central de Regulação Interestadual de leitos do Vale do São Francisco

DAB – Departamento de Atenção Básica

DE – Demanda espontânea

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

FRC – Fonte Regular de Cuidados

GERES - Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade(s) de Pronto Atendimento

UPA-E – Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Dimensões, subdimensões e critérios de análise do estudo.....	36
Quadro 2: Matriz Síntese dos Resultados: Dimensão, subdimensão e critérios utilizados na análise dos mecanismos de integração.....	80
Quadro 3: Distribuição populacional e características sociodemográficas das Regiões Juazeiro-BA e Petrolina-PE, por município, 2010.....	106
Quadro 4: Número de equipamentos de Atenção Básica e atendimento de urgência não-hospitalar nas Regiões de Juazeiro e Petrolina segundo município, 2017.....	107
Quadro 5: Número de equipamentos da APS e cobertura estimada para as Regiões Juazeiro e Petrolina segundo município, 2017.....	108
Figura 1: Estratégias de produção dos dados e seleção dos sujeitos participantes para desenvolvimento da pesquisa, 2017.....	32
Figura 2: Classificação de risco da UPA 24h categorizada por cor, 2017.....	39
Figura 3: Fluxograma de recepção ao usuário na UPA 24h.....	40
Figura 4: Fluxograma de recepção ao usuário na USF OP. Petrolina, 2017.....	44
Figura 5: Fluxograma de recepção ao usuário na USF RM. Petrolina, 2017.....	44

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 RELAÇÃO ENTRE APS E UPA: DA CONSTRUÇÃO NORMATIVA À PRÁTICA NO BRASIL.....	15
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. MÉTODO.....	22
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1.1 Integração dos Serviços de Saúde.....	22
3.1.2 Necessidades de Saúde e a problemática da demanda-oferta.....	26
3.2 DESENHO DO ESTUDO.....	28
3.3 SELEÇÃO DO CASO.....	29
3.4 LOCAL DE ESTUDO.....	29
3.5 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA DE DADOS.....	30
3.6 MATRIZ DE ANÁLISE PARA ‘INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS’.....	32
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 RECEPÇÃO AOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E ACESSO OPORTUNO.....	39
4.1.1 Recepção aos usuários na Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h.....	39
4.1.2 Recepção aos usuários nas Unidades da Atenção Primária.....	43
4.1.3 Percepção dos profissionais e da gestão sobre o acolhimento.....	49
4.2 FLUXOS ASSISTENCIAIS E OS OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS.....	54
4.2.1 Dispositivos informacionais utilizados na organização do fluxo interno das unidades.....	54
4.2.2 Perfil de atendimento das Unidades.....	62
4.2.3 Mecanismos de comunicação e encaminhamento entre os serviços.....	66
4.3 AS DEMANDAS DOS USUÁRIOS E SUAS NECESSIDADES PERCEBIDAS....	73
4.3.1 Os motivos da busca dos usuários à UPA.....	73
4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS E OS MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO	79

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICES.....	106
ANEXO.....	134

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se consolidando como importante componente da política de saúde no Estado brasileiro (AQUINO et al., 2014). A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e a sua posterior expansão para Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual viria a ser o eixo ordenador de práticas da APS no Brasil, ampliou a oferta do sistema público de saúde à população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Nos municípios, a ESF evoluiu de modo vertiginoso, contribuindo para a melhoria de saúde dos indivíduos e para reorientação do modelo de atenção (AQUINO et al., 2014; MEDINA; HARTZ, 2009). Nesse sentido, há um leque de evidências científicas nacionais divulgadas que consubstanciam o impacto positivo promovido pela APS na condição de saúde da população que justificam a sua expansão, embora haja muitos aspectos a serem desenvolvidos (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; DOURADO et al., 2011; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

Desde o início da década de 1990, autores de diferentes países utilizaram indicadores da atividade hospitalar com o objetivo de avaliar a efetividade da atenção oferecida pela APS, demonstrando em vários estudos a associação entre as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária e as características desse nível de atenção à saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; BILLINGS; TEICHOLZ, 1990; CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; FERNANDES et al., 2009; MOURA et al., 2010; NEDEL et al., 2010). Tem-se, por exemplo, o estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2015), cujo resultado indicou o efeito protetor do PSF nas internações hospitalares por condições evitáveis.

Por sua vez, indicadores de procura a serviços de emergência também têm sido utilizados, e de modo mais significativo na literatura recente, para analisar a Atenção Primária, sobretudo na perspectiva do acesso a estes serviços (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; COWLING et al., 2013, 2014, 2015; SOLJAK et al., 2011).

Em uma revisão sistemática que aborda a temática do uso inadequado de serviços de emergência, Carret e colaboradores (2009) selecionaram 31 estudos realizados em diversos países e identificaram forte associação entre as razões da busca por serviços não-urgentes nos pronto-atendimentos e as dificuldades no acesso a cuidados primários, seja por motivo de unidade básica de saúde fechada, dificuldade na obtenção de uma consulta, elevado tempo de espera, horário de funcionamento restrito ou ainda recusa do médico da Atenção Básica em tratar pacientes sem uma consulta previamente agendada (CARRET; FASSA; DOMINGUES,

2009). Na Inglaterra, outros estudos desenvolvidos obtiveram achados importantes: segundo Soljak e colaboradores (2011), a facilidade de acesso à Atenção Primária (medida pela capacidade de marcar uma consulta com um médico de família em até dois dias) mostrou-se como fator de proteção para o internamento por AVC; já o percentual da população cadastrada que foi capaz de ver um médico generalista em tempo oportuno (até dois dias úteis), teve uma associação negativa e estatisticamente significativa com a taxa de visita ao serviço de emergência auto-referenciada (COWLING et al., 2013). Concluiu-se também que um grande número de atendimentos nas unidades de urgência e emergência a cada ano é susceptível de ser precedido por tentativas frustradas de obter consulta satisfatória com médico de família (COWLING et al., 2014). Quanto aos usuários auto-referenciados, Carret e colaboradores (2009) ainda identificaram cinco estudos nos quais os indivíduos que foram ao serviço de emergência por conta própria tiveram 1,39 a 2,42 vezes mais chances de usá-lo de forma inadequada em comparação com aqueles encaminhados por um profissional de saúde ou outros hospitais.

No tocante à percepção da equipe de saúde sobre os motivos que levam os pacientes ao atendimento nos Centros de Cuidados Urgentes liderados por médicos generalistas (UCC) – Centros ingleses que poderiam ser comparados analogicamente às UPA, pois foram desenvolvidos no sentido de diminuir a sobrecarga das emergências hospitalares – um estudo sugere que o acesso ‘muito conveniente’ para este serviço promove, como consequência não intencional, uma demanda supérflua para atendimentos de problemas não urgentes. Além dessa preocupação com o aumento da utilização do serviço, houve uma discussão subjacente sobre a sua legitimidade, percebendo alguns motivos como mais legítimos (necessidades agudas de saúde, dificuldades reais no acesso a médicos generalistas, a ansiedade), e outros motivos como menos legítimos (mera conveniência, doenças menores que poderiam ser auto-geridas, utilização regular da UCC e a busca de acesso às estruturas/equipamentos hospitalares) (GREENFIELD et al., 2016). Esse achado corrobora com a análise feita por Acosta e colaboradores (2011) a partir de uma revisão integrativa, a qual sugere que, na percepção dos profissionais de saúde, os usuários procuram frequentemente os serviços de urgência e emergência por motivos socioeconômicos, considerados por vezes inadequados ao serviço.

No contexto nacional, pesquisas sobre usuários frequentes em serviços de urgência (sujeitos que realizam quatro visitas ou mais por ano), supõem que tornar o serviço de urgência/emergência como única fonte de cuidado seja, para alguns usuários, uma consequência da dificuldade de acesso aos demais serviços da rede assistencial (ACOSTA; LIMA, 2013,

2015). Ademais, identificou-se como motivos dessa busca frequente tanto a demora no agendamento das consultas e a dificuldade em obter medicações na atenção primária, como a percepção de um menor número de barreiras no acesso a tecnologias médicas de alta densidade (ACOSTA; LIMA, 2013, 2015; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

Outro importante estudo referente à temática foi realizado no Brasil por Dourado e colaboradores (2016), com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Investigou-se a relação entre a ESF e o indicador Fonte Regular de Cuidados (FRC), o qual está relacionado à dimensão da longitudinalidade. O estudo evidenciou que, para a maioria dos brasileiros, os serviços de urgência e emergência não cumprem a função de uma FRC. Além disso, a consolidação da ESF esteve associada ao uso de uma FRC positivamente, em relação à APS e, negativamente, em relação ao serviço de Urgência e Emergência (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Assim, com base nos achados da literatura internacional, a relação entre dificuldade no acesso à APS e o uso inapropriado dos serviços de urgência e emergência tem sido bem estabelecida. As evidências nacionais, ainda que mereçam maiores investigações por apresentarem lacunas, como a abrangência limitada, apontam em direção semelhante.

Quanto aos serviços de urgência e emergência, estes constituem um importante componente da assistência à saúde. De modo geral, podem ser entendidos como um conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos e provisórios, nos diferentes pontos de atenção, aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, incluindo situações agudas das condições crônicas, especialmente quando o cuidado for mal gerido (ASPLIN et al., 2003; BRASIL, 2006a, 2014).

Porém, como já discutido, os serviços de urgência e emergência não apenas recebem indivíduos em situações para cuidados imediatos, mas também precisam responder a uma demanda considerada eletiva, o que acaba por sobrecarregá-los. Nesse sentido, considera-se que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves, já que esses últimos, ao elegerem unidades de pronto-atendimento, não têm garantido um atendimento de seguimento (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Ressalta-se, ainda, uma crescente demanda aos serviços de urgência e emergência, que muitas vezes não corresponde ao caráter de urgência (ACOSTA; LIMA, 2013; COWLING et al., 2015; KONDER; O'DWYER, 2016; PIRES et al., 2013).

Já a APS é apontada por permanecer voltada às ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade. Em outras palavras, parece haver dificuldade em

identificar quais as responsabilidades deste nível de atenção no atendimento de demandas que fogem ao preconizado nas ações programáticas voltadas para grupos de risco (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2006a; SOARES; LIMA; CASTRO, 2014).

Ao buscar compreender as dificuldades de ambos os níveis de atenção a partir da discriminação pragmática das situações de urgência e emergência, diferentes perspectivas se revelam acerca das definições, ora mais restritivas e ora mais ampliadas. Giclio-Jaquemot (2005), em seu trabalho, sistematiza as acepções com base na investigação normativa e na literatura biomédica e de saúde pública, encontrando classificações como a ‘urgência subjetiva’ e ‘urgência objetiva’, ou ainda “emergência técnica” e “emergência do paciente”. Seria razoável dizer que as definições mais ampliadas estão relacionadas ao reconhecimento de riscos clínicos, mas também incluem a avaliação de vulnerabilidades, as quais nem sempre são incorporadas à prática dos serviços.

Ademais, esses achados reforçam a necessidade de estruturação dos atendimentos de urgência e emergência de modo que estejam inseridos na lógica organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e façam uma constante interlocução entre os demais pontos de atenção, no intuito de promover a assistência integral aos usuários com base nas suas reais necessidades de saúde.

1.1 RELAÇÃO ENTRE APS E UPA: DA CONSTRUÇÃO NORMATIVA À PRÁTICA NO BRASIL

No que tange às normativas nacionais a respeito da relação entre APS e o atendimento de urgência e emergência, identificou-se que, a partir da portaria 2.048 de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e a subsequente aprovação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2003, a responsabilização da APS no acolhimento às urgências foi ampliada. Determinava-se, desse modo, que a atenção às urgências deveria fluir em todos os níveis do SUS, com organização da assistência desde as unidades básicas, equipes de saúde da família até os cuidados pós hospitalares, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2002, 2003).

À Atenção Básica caberia o acolhimento às urgências de baixa gravidade, ressaltando o atendimento aos quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, observando a compatibilidade da complexidade da demanda com este nível de assistência (BRASIL, 2002, 2003).

Em 2004, a publicação “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, do Departamento de Atenção Básica (DAB)/Ministério da saúde (MS), já corroborava com a realização de ações de urgência e emergência pelo PSF, como nebulização e pequenas cirurgias, de modo que qualificariam o atendimento da atenção básica e teriam enorme impacto sobre o sistema local de saúde (BRASIL, 2004).

A PNAU, ao tempo que enfatizou a compreensão de que a atenção às urgências não deveria estar restrita ao ambiente hospitalar, retomou a ideia de constituição de redes locais de atenção às urgências com um componente pré-hospitalar fixo, composto tanto pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, quanto por unidades de pronto-atendimento não-hospitalares (BRASIL, 2002, 2003).

A primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, aborda a temática do atendimento às urgências tanto médicas como odontológicas, assim como incorpora diretrizes da Política Nacional de Humanização, a exemplo do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2006b). Em 2012, a versão atualizada da PNAB, já apresenta com maior vigor o atendimento às urgências, atribuindo a todos os profissionais da equipe de saúde da família o acolhimento à demanda espontânea. Aponta ainda os componentes mínimos exigidos para estrutura física de uma unidade básica de saúde (a presença de sala de acolhimento multiprofissional e sala de observação), a fim de possibilitar atendimento de urgência (BRASIL, 2012). Por último, na nova revisão desta política, ocorrida em 2017, intensifica estes apontamentos ao dar ênfase a estratégia do acolhimento à demanda espontânea e ao afirmar que:

“O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS” (BRASIL, 2017).

Para Soares, Lima e Castro (2014), os marcos normativos sugerem ações e modos de atuação dos gestores para contribuir com a efetiva participação da atenção primária na atenção às urgências. Aponta-se como imprescindível a implementação do acolhimento à demanda espontânea, elaboração de critérios para classificação de risco e vulnerabilidades, pactuação de fluxos e acordos com serviços de retaguarda como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os prontos-socorros. Entretanto, até 2009 pouco se avançou em relação ao

componente pré-hospitalar fixo, sobretudo a incorporação do atendimento às urgências de baixa gravidade na atenção primária e as unidades de pronto-atendimento, ficando em evidência, nesse período, o componente pré-hospitalar móvel (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Cabe ressaltar que o desenvolvimento da PNAU e PNAB também esteve inserido no contexto de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do processo de regionalização. Após avanço da descentralização no SUS, com conseqüentes disparidades regionais e desigualdades no acesso à saúde (CAMPOS, 2006; NORONHA et al., 2014), a regionalização e a organização das redes de serviços foram efetivamente discutidas e implementadas, sobretudo a partir do ano de 2010, com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, proporcionando o desenvolvimento de estratégias organizacionais visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde.

Posteriormente, documentos oficiais instruíram a implantação, o financiamento e a expansão dos prontos-socorros, que viriam a ser popularizados como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h (KONDER, 2013).

A UPA é definida como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/saúde da família e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2011a). As UPA tiveram grande expansão na Política Nacional de Urgências a partir do ano de 2008, sob forte influência da política de saúde do estado do Rio de Janeiro, que no momento da regulamentação nacional já possuía 20 UPA (KONDER, 2013).

Apesar do destaque ao caráter assistencial e do pronto-atender, a UPA foi formulada com a missão legal de compor um complexo assistencial vinculado à atenção primária, além da proposição expressa de articular-se com outros componentes da rede. Não sem propósito, a Política Nacional da Atenção Básica é mencionada em todas as portarias referentes às UPA, de modo que condiciona sua implantação à cobertura mínima de 50% da APS (BRASIL, 2003, 2011a; KONDER; O'DWYER, 2016).

Em contrapartida à retórica da integração com a APS, a realização de consultas médicas nas UPA, inclusive para os casos de menor gravidade, estabelece uma lógica de trabalho mais permeável às demandas consideradas não urgentes (KONDER; O'DWYER, 2015). No município do Rio de Janeiro, um estudo demonstrou que a experiência das UPA deu maior visibilidade ao déficit de pronto-atender. Com um alto volume de atendimentos com perfil predominantemente de baixo risco, aponta-se para um serviço de pronto-atendimento que está acolhendo uma demanda reprimida, oriunda da insuficiência da atenção primária e da atenção

ambulatorial especializada, mais do que alivia a sobrecarga das emergências hospitalares (KONDER; O'DWYER, 2016). O problema é que, segundo Konder e O'Dwyer (2016), não há integração entre a APS e a UPA neste município, o que permite entrever a não combinação de elementos facilitadores da construção de uma rede de atenção à saúde, sobretudo, uma rede coordenada pela APS.

Essa relação informal e desarticulada de serviços responsáveis por atendimento de urgência de menor gravidade pode proporcionar uma competição por recursos e prioridade política (KONDER; O'DWYER, 2016). Nesse sentido, destaca-se a flexibilização da contratualização dos médicos na APS prevista na PNAB, entendida por Soares, Lima e Castro (2014) como efeito da política de urgência emergência sobre a APS, pois possibilita ao profissional médico da AB a realização de plantão em unidades de urgência da secretaria municipal de saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Assim, a partir desse levantamento, pode-se considerar que há evidências de sobreposição parcial de escopos entre a APS e os serviços de Urgência e Emergência, em especial as Unidades de Pronto-atendimento, que atuam como retaguarda para a primeira. Também é possível sugerir, baseando-se na imprecisão conceitual do que seria situação de urgência/emergência para estes serviços, que essas indefinições possam refletir de algum modo na imprecisão das suas responsabilidades atribuídas, e que as demandas 'mal-definidas' sejam relegadas por ambos os serviços. E, por conseguinte, que a vaga definição da atuação desses serviços possibilitaria a incorporação de diferentes lógicas e/ou estratégias de organização das práticas e dos serviços de saúde.

Aqui, convém ressaltar que o contexto no qual ocorreu a investigação da relação entre a UPA e a APS nesse estudo está relacionado à construção normativa no Brasil até o ano de 2017, quando se realizou a coleta dados. Nos anos seguintes, houve muitas transformações políticas e sanitárias no país, tornando a conjuntura atual distinta da trabalhada. Direcionamentos políticos como a Portaria GM/MS nº 930/2019, que dispõe sobre horário estendido de funcionamento das USF; a reformulação do Programa Mais Médicos por meio do programa intitulado "Médicos pelo Brasil" e a criação da "Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps" (Lei nº 13.958/2019); a publicação de uma "Carteira de Serviços da APS" pelo Ministério da Saúde; entre outros acontecimentos, têm sido vistos com preocupação por entidades e pesquisadores, uma vez que fragilizam o enfoque comunitário da APS, abrem prerrogativa para sua privatização e para o distanciamento de princípios como a universalidade e a integralidade à saúde (GIOVANELLA et al., 2019; GIOVANELLA;

FRANCO; ALMEIDA, 2020). Adicionalmente, vivencia-se em escala global uma situação de emergência em Saúde Pública, decorrente da pandemia de COVID-19, que no Brasil tem sido agravada pelas desigualdades sociais, de acesso aos serviços de saúde e pela ação federal descoordenada e ineficiente, o que também tem interferido no processo de trabalho nas unidades de saúde (MEDINA et al, 2020; REDE APS, 2020).

Nesse sentido, diversas são as questões que permeiam o debate conceitual e definem as opções políticas no que diz respeito à mudança e transformação do modelo de atenção à saúde do SUS, influenciando a forma de organização do processo de produção de ações e serviços de saúde em suas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial (TEIXEIRA, 2006).

Para tanto, os arranjos existentes entre os elementos das dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial, sendo eles o estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, as questões hierárquicas dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção de cuidado e a combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos, recuperação e reabilitação da saúde), são entendidos como constituintes de processos mantenedores ou transformadores de modelos assistenciais (TEIXEIRA, 2006). Posto isso, e reconhecendo o potencial estratégico dessas análises, faz sentido articular as diferentes dimensões (TEIXEIRA, 2006) nos estudos empíricos do sistema de saúde.

Considera-se, ainda, que a construção do objeto desse estudo conduz à análise da dimensão organizativa, proposta por Teixeira (2006), embora objetive como desafio fazê-la de modo complexo, sem ignorar as demais dimensões que lhe tangenciam. Nessa perspectiva, a análise do ‘sistema integrado de saúde’, conforme conceituam Hartz e Contandriopoulos (2004), permite que se trabalhe no nível organizacional e também incorpore aspectos das demais dimensões dos modelos de atenção.

Na revisão do estado da arte, identificou-se a existência de estudos que se propõem a discutir a articulação da APS com serviços especializados, referindo-se ao atendimento ambulatorial ou hospitalar, inclusive com evidências de baixa coordenação, porém não acontecem de modo que haja um aprofundamento no fluxo de atendimento dos cuidados de urgência e emergência entre a APS e UPA (ALMEIDA et al., 2010; FAUSTO et al., 2014). Ainda assim, Almeida e colaboradores (2010), ao estudarem quatro grandes centros urbanos segundo a perspectiva dos gestores, referiu que em três deles não foram mencionados mecanismos de referência e contra-referência entre unidades básicas e de pronto-atendimento,

sendo os serviços de emergência avaliados como um dos principais problemas para integração da rede.

Por fim, poucos estudos no Brasil problematizaram ou avaliaram a interface entre a APS e as UPA (KONDER; O'DWYER, 2016; UCHIMURA et al., 2015; UCHIMURA; DA SILVA; VIANA, 2018; GOUVÊA, 2019), e apenas os mais recentes exploraram essa relação como questão elementar. Percebe-se, ainda, que o tema das urgências de baixa gravidade não é tomado como objeto central de estudos, sendo encontrado de modo transversalizado em pesquisas sobre acesso e coordenação do cuidado na APS e em pesquisas sobre UPA. É razoável afirmar que, apesar de entendido como um elemento necessário, sobretudo diante das determinações legais, não há importante desenvolvimento a respeito da questão.

Tendo em vista a hipótese da UPA ser uma estratégia que tem operado de forma independente e pouco comprometida com a integração com a APS, no sentido de fortalecê-la enquanto coordenadora da RAS, e ao investigar o modo como essa integração se apresenta na Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (Rede PEBA), mais especificamente no município de Petrolina-PE, apresentamos as seguintes questões que serão objeto de investigação deste estudo: Qual a dinâmica organizativa que se estabelece na relação entre unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Pronto Atendimento (UPA) 24h no município de Petrolina-PE? Há competição entre as UPA e a APS por usuários em situação de baixa urgência?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a dinâmica organizativa que se estabelece na relação entre as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Pronto Atendimento (UPA) 24h no município de Petrolina-PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar fluxos assistenciais e mecanismos de integração existentes entre os serviços de APS e UPA;
- Analisar as atribuições e competências das APS e UPA em situações de baixa urgência;
- Caracterizar os fatores determinantes nas escolhas dos usuários entre a busca por serviços de urgência e de APS.

3 MÉTODO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse estudo adotou a concepção de ‘sistema integrado de saúde’ proposto por Hartz e Contandriopoulos (2004) e adaptado por Medina (2006), cujas dimensões de integração entre os subsistemas relacionam a clínica e a Governança às representações e valores coletivos. Com base nessa perspectiva, assumiu-se que os elementos dessa concepção de integração são representativos para a investigação das possíveis repercussões decorrentes da dinâmica organizativa estabelecida entre as unidades de saúde estudadas.

Para a primeira parte do referencial teórico, desenvolveu-se as noções sobre a integração dos serviços de saúde que norteiam o presente estudo, relacionando-as aos conceitos antes trabalhados. Já no segundo tópico do referencial teórico, explorou-se o conceito de Necessidades de Saúde e a problemática da demanda-oferta, buscando a compreensão dos elementos a partir das contribuições teóricas trazidas principalmente por Mendes-Gonçalves (1988), as quais privilegiam a relação entre saúde e estrutura social.

3.1.1 Integração dos Serviços de Saúde

A dificuldade de integração entre os serviços está presente como uma característica persistente em diversos sistemas de saúde, tendo como consequência a fragmentação e a duplicação de ações nos serviços. Essa realidade afeta a rede assistencial, tanto por reduzir sua efetividade quanto por ampliar a desigualdade no acesso à saúde (SOLLA; CHIORO, 2014). Na busca por minimizar esse problema, as reformas políticas na saúde que se fundamentaram na atenção primária compreenderam a integração entre os serviços como uma estratégia fundamental a ser desenvolvida, de modo a garantir a continuidade da atenção e enfrentamento efetivo dos problemas de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em tese, o conceito de integração está relacionado à coordenação e cooperação entre os serviços assistenciais. Difere, nesse sentido, da integralidade da atenção, que pode ser compreendida como uma abordagem integral, articulada e contínua aos indivíduos e

coletividades, no âmbito das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Ainda assim, a integralidade remete à integração dos serviços por meio das redes assistenciais, em face do reconhecimento de que nenhum serviço possui todos os recursos necessários para responder aos problemas de saúde da população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Pelo fato das ideias de integração, integralidade e de redes encontrarem-se por vezes imbricadas, algumas considerações teóricas são importantes para nortear a discussão central desse trabalho. A princípio, vale o adendo para as produções de outros autores que, voltadas aos desafios teóricos e metodológicos relacionados à integralidade da atenção, também dialogam com o referencial assumido por esse trabalho. Nesse sentido, Santos (2013), em sua revisão de literatura, identificou que as três dimensões propostas por Teixeira (2003) convergem, de modo geral, com as dimensões da ‘gestão do cuidado’, apontadas por Cecílio¹, com os ‘sentidos da integralidade’, descritos por Mattos² e com as ‘dimensões da integralidade’, desenvolvidos por Giovanella e colaboradores³. Percebeu, ainda, que a dimensão organizativa disposta por Teixeira (con)funde-se em alguns pontos com dimensões não equivalentes dos demais autores (SANTOS, 2013), evidenciando a complexidade em precisá-las no campo teórico.

Conforme exposto no tópico anterior, a noção da *dimensão organizativa* dos modelos de atenção remete à dinâmica de integração entre as ações e serviços de saúde e trata de uma série de desafios para a organização do cuidado. Isso porque, no início da implantação do SUS, enfatizaram-se políticas dirigidas à descentralização e ao financiamento da saúde, com poucos avanços na organização da rede de serviços (SOLLA; PAIM, 2014) e no processo de regionalização (VIANA et al., 2010). Revelou-se, desse modo, marcantes disparidades regionais e desigualdades no acesso à saúde também relacionada à fragmentação do sistema (CAMPOS, 2006; MENDES, 2011; NORONHA et al., 2014).

Foi na virada dos anos 2000, a partir das novas diretrizes para condução do sistema de saúde - Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), Pacto pela Saúde e Decreto Presidencial 7.508/2011 - que a regionalização e a organização das redes de serviços foram

¹ Ver Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface: comunicação, saúde, educação 2009; 13 Suppl 1:545-55.

² Ver Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ed. CepescIMS/Uerj –Abrasco, Rio de Janeiro, 2009a. p.43-68.

³ Ver Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Rev. Saúde em Debate 2002; 26:37-61.

efetivamente introduzidas na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2006c; 2011a; SOLLA; PAIM, 2014), proporcionando o desenvolvimento de estratégias organizacionais. Assim, fala-se atualmente em redes hierarquizadas e regionalizadas, redes alternativas, em sistemas de referência e contrarreferência, além do desenvolvimento de linhas de cuidado (SOLLA; PAIM, 2014).

As redes de atenção à saúde (re)aparecem nessa perspectiva da estrutura da organização de serviços numa vertente mais instrumental, ancorando-se na “literatura e no debate internacional sob o manto genérico dos sistemas integrados (*integrated care*)” (SANTOS, 2013 p. 32), e se coloca diferente das redes regionalizadas. Por outro lado, Kuschnir e Chorny (2010) discutem que, embora a organização de redes possa apresentar diferenças fundamentais, sobretudo no que diz respeito à natureza do sistema de saúde nos quais estão inseridos (universais ou não), convergem operacionalmente em alguns arranjos organizacionais e mecanismos de integração. Refletindo a respeito dessa questão, Souza e Bahia (2014) chamam a atenção para as diferentes perspectivas conceituais que o termo ‘redes’ pode assumir, ora mais reducionista, ora mais complexa, reiterando o cuidado ao utilizá-lo:

“Observando apenas a topologia da rede – o grau de conectividade a centralidade de um nó, ou a direcionalidade e a transitividade de uma conexão, por exemplo – podem se revelar os princípios organizativos universais por trás de qualquer sistema complexo ou as leis fundamentais que governam a evolução do mundo rede. Ressalta, no entanto, que para compreender a complexidade, é necessário ir além da estrutura e da topologia e estudar a dinâmica das conexões. Nesse sentido, as redes são apenas o esqueleto da complexidade” (p. 52).

Assim, na tentativa de compreender, em seu elevado grau de complexidade, a ‘rede’ entre serviços de saúde com distintas competências, densidade tecnológica e natureza, entendeu-se que a análise do ‘sistema integrado de saúde’, conforme conceituam Hartz e Contandriopoulos (2004) seria adequada para esse estudo, de modo a permitir uma investigação a nível organizacional com a inclusão de alguns aspectos das demais dimensões dos modelos de atenção.

Para esses autores, a organização do sistema de saúde pode ser avaliada por seus mecanismos de integração. De forma geral, utilizam-se dos termos integração de cuidados (ou integração de saúde) para designar o “processo de criação e manutenção de uma governança entre atores e organizações autônomas, com o objetivo de coordenar suas interdependências e

cooperar para a realização de um projeto coletivo” (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A cooperação, nessa perspectiva, é a forma que as organizações se relacionam para favorecer a construção de um projeto coletivo e coordenação de tarefas. A cooperação encontra-se no centro da questão da integração, e visa substituir a competição entre os serviços a partir do compartilhamento de valores. Já a coordenação é o conjunto de arranjos que viabiliza assegurar todos os meios (recursos, serviços, competências) para a construção de redes dinâmicas na produção de ações de saúde. Ademais, o grau de coordenação entre as organizações deve resultar da necessidade de cada projeto coletivo que os leva a interagir (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; MEDINA, 2006).

A partir disso, propõe-se as dimensões da integração, que buscam estabelecer coerência entre “o sistema clínico, a governança e o sistema coletivo de interpretações e valores que estruturam o espaço no qual os atores e as organizações interagem” (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001).

São as dimensões da integração: a **integração de cuidados**, relativa ao processo de coordenação das práticas clínicas para cada indivíduo com problemas de saúde, com objetivo de garantir a continuidade e totalidade dos serviços necessários à saúde por diferentes profissionais e organizações num período de tempo; a **integração de equipes clínicas**, que se sustenta na constituição de equipes multidisciplinares e sua articulação na estrutura da rede; a **integração funcional**, a qual se refere às condições para a existência de uma governança que facilite a cooperação entre atores; a **integração normativa**, que busca garantir coerência entre o sistema de representações e valores das organizações com as modalidades de integração e, por fim, a **integração sistêmica**, também relacionada à coerência das modalidades de integração, mas numa dimensão mais ampla, considerando todos os níveis de atuação no qual se insere (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Partindo dos conceitos de integração apresentados, Medina (2006), em sua tese sobre avaliação da implementação de redes integradas de atenção à saúde, fez um importante esforço para operacionalizá-los, conforme exposto no Anexo I. Além disso, trabalhou com uma reclassificação das dimensões da integração, a qual agrega, sob a denominação de integração clínica, as dimensões “integração de cuidados” e “integração de equipes clínicas”, sendo um importante orientador para a instrumentalização desse estudo.

3.1.2 Necessidades de Saúde e a Problemática da Demanda-Oferta

Há no desenvolvimento desse tópico uma busca por compreender os elementos de um questionamento implícito que permeia o trabalho: a organização dos serviços de saúde é orientada pelas necessidades de saúde?

A reflexão acerca das necessidades de saúde não é nova, pois foi debatida em diferentes momentos no cenário internacional e nacional, ganhando fôlego também no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Porém ainda se faz atual e pertinente. Primeiro, pela complexidade que o tema das necessidades assume no âmbito dos serviços de saúde, e segundo, pelas transformações que ocorrem, tendo em vista que são “características qualitativas só historicamente compreensíveis do homem” (MENDES-GONÇALVES, 1988 p.24; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Em seu estudo, Campos e Mishima (2005) identificaram na literatura que o tema das necessidades tem sido abordado sob diferentes bases teórico-conceituais. Já ao partir da perspectiva filosófica que serviu de base para a construção do campo da saúde coletiva, identifica certa tipologia de necessidades, qual seja: uma dimensão abstrata, presente nos trabalhos de Agnes Heller⁴ e em parte do estudo de Mendes-Gonçalves; a abordagem do conceito na sua dimensão concreto-operacional, apresentada especialmente por Stotz⁵ e ainda uma abordagem que faz a articulação entre as duas dimensões, apresentada por Mendes-Gonçalves.

Mendes-Gonçalves (1988) entende a necessidade não como características naturais e anistóricas, mas sim interagindo com o trabalho e com a organização social. Nessa perspectiva, Cordeiro (1980), ao discutir necessidades de saúde e consumo médico nas práticas de dominação de classe afirma que:

As necessidades de saúde não devem ser entendidas como necessidades naturais, mas como necessidades ‘cultivadas’, decorrentes de um longo processo histórico de relação das classes sociais com o saber e prática médicas que segue a lógica da inculcação de normas e práticas sancionadas pelas classes dominantes. (p. 89)

⁴ Ver HELLER, Agnes. Teoria de las necesidades em Marx. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1986.

⁵ Ver STOTZ EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Antes de adentrar em questões relativas ao consumo na saúde, cabe identificar peculiaridades do trabalho em saúde importantes para essa discussão. Mendes-Gonçalves (1988) evidencia a essência improdutiva do trabalho em saúde pela incapacidade de produzir excedente econômico. Por outro lado, em sociedades mais complexas com profunda divisão técnica do trabalho, os instrumentos são também produtos de outros trabalhos. Cria-se, desse modo, uma produção de instrumentos excedentes que necessitam ser consumidos. Nessa direção, o trabalho em saúde quando acoplado a instrumentos (ou tecnologias) gera sobre-valor, essencial à estrutura social capitalista. Essa discussão se faz importante, pois, ao tempo que aumenta o grau de solidariedade entre o conjunto de necessidades, ou seja, aproxima diferentes setores em suas relações de interdependência dentro do conjunto de ramos da produção social, cujo instrumento de trabalho é produto de outros setores de produção, também aumenta a tensão entre demandas definidas por interesses contraditórios. Em outras palavras, se for possível, por um lado, que se tenha uma orientação político-ideológica para firmar como objeto do trabalho as ‘necessidades necessárias⁵’, por outro, é muito mais provável que a escolha dos objetos, instrumentos e da força de trabalho responda às necessidades de reprodução das relações sociais capitalistas (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Deve-se notar também que os processos de trabalho criam objetos para as necessidades, assim como novas necessidades criam sujeitos para novos processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992). Desenvolvendo essa ideia numa perspectiva de organização dos serviços de saúde, Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996 p. 30) afirmam que “o modo de organizar socialmente as ações em saúde para produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades”.

Essa instauração de necessidades pela produção, oferta ou distribuição de serviços produz não apenas o objeto material como também cria valores, símbolos, ideologias quanto ao padrão, conteúdo e critério de necessidades sociais, reiterados através do consumo sistemático. Nesse sentido, uma vez estabelecidas relações mercantis como base da vida coletiva, o acesso a bens e serviços – também na saúde – coloca-se como base da definição de necessidade e da satisfação, sendo frequente o entendimento da “satisfação como chance de consumo” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996 p. 32).

O elemento problemático, evidenciado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), não está na origem social da necessidade, mas em ignorar as desigualdades das necessidades sociais, desconsiderando a má distribuição de benefícios e os contextos instauradores de necessidades

com base em demandas voltadas a um pequeno segmento da população. Nessa mesma linha de pensamento, Cordeiro (1980) discutiu como o modo de inserção social, sobretudo no âmbito do trabalho, reflete no ‘uso social do corpo’ e conseqüentemente na percepção da doença. Desse modo, se colocam significativas diferenças na relação com o próprio corpo, na identificação dos sintomas, bem como na atribuição de valor a determinadas práticas.

Assim, é pertinente analisar que, no momento em que os profissionais de saúde respondem imediata e superficialmente à demanda pelo consumo, reforçam seu vigor. E caso passem a estruturar a oferta de serviços e organizar o processo de trabalho em função de saciar o desejo de consumo dos usuários, além de uma crescente demanda, é possível que a resolução das necessidades de saúde seja cada vez menor. Os serviços de pronto-atendimento podem ser tomados como exemplos nesse processo, de modo que predomina uma relação do tipo “queixa-conduta” (MENDES-GONÇALVES, 1994; OLIVEIRA, 2007).

Ainda que conceba o consumo de serviços médicos como prática social de reprodução das relações sociais, Cordeiro (1980 p. 103) também pondera que é preciso considerar as contradições inerentes ao processo. Como exemplo, cita a extensão de cobertura dos serviços de saúde e a ampliação do mercado consumidor de medicamentos, que atendem as exigências de acumulação capitalista, mas também podem representar conquistas sociais, melhoria das condições de saúde até certo ponto, além de possibilitar a “emergência na consciência social e política de novas necessidades”.

Por fim, esse estudo visa contribuir nessa direção, investigando a busca por um serviço de urgência e de unidades da APS a partir das nuances a respeito das necessidades de saúde, além da análise, por meio da operacionalização das modalidades de integração, de quais os elementos/racionalidades predominam na relação entre os serviços de APS e UPA e suas possíveis repercussões no(s) modelo(s) de atenção à saúde.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

O desenho da presente pesquisa consiste em um estudo de caso único (YIN, 2001), em um município da Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (Rede PEBA), Nordeste do Brasil.

3.3 SELEÇÃO DO CASO

O caso desta pesquisa foi selecionado intencionalmente, uma vez que corresponde a um município que integra a primeira experiência de rede de atenção interestadual do Brasil. Ademais, o critério fundamental foi a existência de, no mínimo, uma UPA 24h em funcionamento no território. Sendo assim, apenas dois municípios da Rede PEBA atenderam o requisito básico, ambos municípios sede das macrorregiões estaduais. Optou-se pelo município com maior cobertura da APS (91%), partindo do pressuposto de que uma rede de atenção primária mais estruturada possibilitaria um maior leque de evidências da relação entre os serviços estudados, dando mais robustez à análise dos dados.

As unidades de análise que compuseram o caso foram: a equipe da UPA 24h; as equipes de Saúde da Família (eSF) e a gestão municipal. A UPA 24h foi a única do município, não havendo necessidade de seleção. Já para a APS, optou-se pela escolha de duas eSF com diferentes desempenhos pela gestão municipal da Atenção Básica (equipe A, “melhor desempenho”, e equipe B, “pior desempenho”). Esta investigação compreende por “melhor desempenho” a qualidade das equipes que mais se aproximam das práticas previstas na PNAB, de acordo com a indicação da gestão municipal.

É importante ressaltar, ainda, que a seleção das eSF não partiu da totalidade de equipes da ESF existentes no município. Orientou-se, no entanto, pela informação coletada dos usuários entrevistados na UPA24h, os quais indicaram, quando possível, suas unidades de saúde de referência. Com esse movimento, buscou-se uma condução mais rápida e precisa no sentido do encontro de situações que traduzem o objeto da investigação. Em um segundo momento, com base nessa listagem preliminar de USF, foram selecionadas duas unidades (USF RM e USF OP) e as respectivas eSF.

3.4 LOCAL DE ESTUDO

A investigação deu-se na Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (Rede PEBA), conformada pela IV Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco, com sede em Petrolina, e pela Macrorregião - atualmente denominada de Núcleo Regional de Saúde - Norte do estado da Bahia, com sede em Juazeiro (REDE PEBA, 2016a, 2016b; REGIÃO E REDES, 2015). A Rede PEBA despontou como pioneira na experiência de cogestão com regulação de leitos entre estados no país (PERNAMBUCO, 2013), e ainda contou com o projeto

QualiSUS - rede, desenvolvido como estratégia de apoio à organização das redes de saúde, o qual proporcionou importantes investimentos em qualificação e recursos financeiros (BAHIA; PERNAMBUCO, 2012). Assim, apresentou-se adequada à investigação, uma vez que demonstrou possibilidades de encontrar resultados de êxito e/ou revelar questões a serem enfrentadas.

Elegeu-se como lócus da pesquisa o município de Petrolina, pertencente ao Estado de Pernambuco, localizado no vale do São Francisco, de clima semiárido, com uma população de 293.962 (duzentos e noventa e três mil, novecentos e sessenta e dois) habitantes segundo o censo 2010 (IBGE, 2010). Destacou-se nos últimos anos por ser polo de desenvolvimento tecnológico da fruticultura irrigada e tornar-se um importante polo vinicultor no Brasil (REDE PEBA, 2016a), concentrando 44,2% do Produto Interno Bruto (PIB + Impostos) da Rede PEBA, sendo o quinto maior município do estado e o segundo do interior pernambucano (IBGE, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,697, o maior entre os municípios da Rede. Essas e outras informações sociodemográficas foram sumarizadas no **Quadro 3** (APÊNDICE A).

No tocante a estrutura de serviços de saúde referente à APS e atendimento de urgência e Emergência não-hospitalar, o município selecionado também apresenta uma posição de destaque na Rede PEBA. Um dos principais pontos se trata da implantação do SAMU de caráter municipal, não havendo base estadual do serviço na região. Ademais, possui uma **UPA 24h** (porte 1) em seu território, de gestão estadual, sendo anexada à sua estrutura física a *Unidade Pernambucana de atendimento especializado* (UPA-E) (REDE PEBA, 2016a). Somado a estes estabelecimentos, há 14 (quatorze) Policlínicas distribuídas no município. No que tange a Atenção Primária, foram identificadas 127 unidades básicas de saúde (81 ESF + 46 UBS), com uma proporção de cobertura populacional estimada em 91% da APS no município, pesquisado em 2017. Os dados detalhados sobre a oferta desses serviços de saúde estão expressos nos **Quadros 4 e 5** (APÊNDICES B e C).

3.5 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA DE DADOS

Com o propósito de responder as questões de investigação, as estratégias escolhidas para a produção dos dados foram a entrevista semi-estruturada com informantes chave e a observação não-participante. Houve também a análise documental referente a relatórios de gestão, sendo eles: relatório mensal de execução do contrato de gestão da UPA 24h de 2017,

relatórios das linhas de cuidado de ortopedia e obstetrícia da Rede PEBA de 2016, o Plano de Ação Regional da rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde de Pernambuco e o Plano Municipal de Saúde de Petrolina para o exercício de 2014-2017 (PERNAMBUCO, 2013; RELATÓRIO UPA, 2017; REDE PEBA, 2016a; 2016b).

As entrevistas semiestruturadas foram orientadas por roteiros-guia (Apêndices D, E, F, G, H, I, K) construídos com base nas dimensões de análise propostas para o estudo e a partir de revisões de instrumentos trabalhados em pesquisas relacionadas ao objeto de estudo (COSTA, 2009; MEDINA, 2006; MEDINA et. al., 2015; SANTOS, 2013). Os participantes da pesquisa foram formados por gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

Compuseram o grupo dos gestores o representante da coordenação da atenção primária do município, dois gerentes das USF participantes, um gerente e três coordenadores da UPA em estudo. No entanto, a entrevista prevista com a gerente da 'USF RM' não aconteceu por sua indisponibilidade de agenda durante o período de coleta de dados, totalizando 6 entrevistas com gestores realizadas.

No que tange os profissionais de saúde, foram selecionados trabalhadores com ensino superior vinculados à unidade de Pronto-Atendimento e às unidades de atenção primária selecionadas. Assim, foram incluídos intencionalmente na pesquisa um médico e um enfermeiro por eSF, além de médico, enfermeiro e assistente social da UPA24h, totalizando 8 profissionais. Para a seleção destes, considerou-se as categorias profissionais diretamente envolvidas com a integração dos serviços, maior tempo de atuação na unidade e disponibilidade para a entrevista.

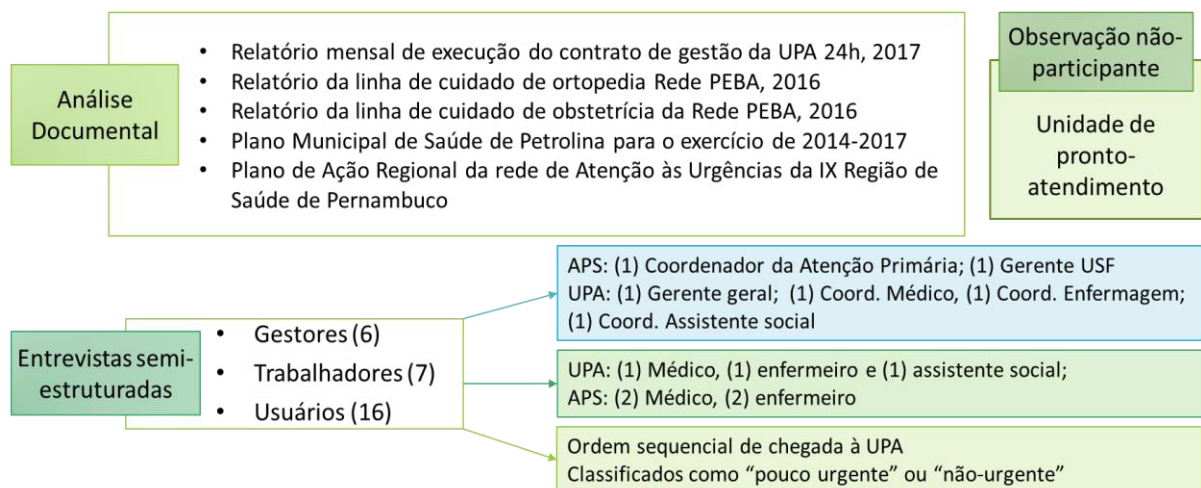
Quanto aos usuários, a escolha ocorreu por ordem sequencial de chegada na unidade de pronto atendimento, considerando os seguintes critérios: (1) no momento da triagem, ter sido classificado como "pouco urgente" ou "não urgente", conforme Protocolo de Classificação de risco instituído; (2) apresentar disponibilidade para participar da pesquisa; (3) ser maior de 18 anos. Os usuários selecionados foram compreendidos em duas categorias: (a) sujeitos acompanhados pela APS (assumiu-se como usuários cadastrados há um ano ou mais em alguma USF e que refira ter recebido algum tipo de atendimento ao menos uma vez nos últimos seis meses); (b) sujeitos não acompanhados pela APS. A amostra de usuários desse estudo foi condicionada ao grau de saturação das informações obtidas nas entrevistas, totalizando 16 usuários, sendo 10 deles acompanhados pela APS.

As observações não-participantes ocorreram na unidade de pronto atendimento, com objetivo de compreender de modo mais concreto as relações estabelecidas naquele espaço. Toda observação se guiou por um roteiro, culminando no registro em diário de campo. Esse registro

em diário de campo deu ênfase aos processos subjetivos, com descritiva das impressões sobre as entrevistas, informações fornecidas pelos profissionais para além das gravações dos áudios e a observação e percepção da rotina de trabalho das equipes de saúde e suas relações. Nesse sentido, as observações registradas no diário de campo foram complementares às demais, considerando, sobretudo, as integrações sistêmica e normativa, incluindo as relações técnicas e sociais do trabalho.

A coleta de dados teve duração de 17 dias, transcorrendo por 4 dias durante o mês de outubro de 2017 e 13 dias durante o mês de dezembro de 2017. Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas pela própria pesquisadora, com consentimento dos entrevistados (APÊNDICE L), e posteriormente transcritas também pela pesquisadora.

Figura 1. Estratégias de produção dos dados e seleção dos sujeitos participantes para desenvolvimento da pesquisa, 2017



Fonte: Elaboração própria.

3.6 MATRIZ DE ANÁLISE PARA 'INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS'

Os conceitos e atributos das dimensões analíticas que orientaram a ida ao empírico, desde a construção do instrumento de coleta de dados até a análise das evidências, foram definidas tomando como principal referência o conceito central e as modalidades de "integração de cuidados" de Contandriopoulos e colaboradores (2001) e Hartz e Contandriopoulos (2004). A partir disso, optou-se pela reclassificação da "integração de cuidados" proposta por Medina (2006) (ANEXO I), a qual agrega duas modalidades, encerrando-se em quatro dimensões analíticas, quais sejam: (1) Integração clínica; (2) Integração Funcional; (3) Integração Sistêmica e (4) Integração Normativa.

Ao investigar a Integração Clínica, considerou-se as estratégias de articulação utilizadas e/ou construídas pelos profissionais de diferentes categorias para dispor de um trabalho compartilhado. Nesse sentido, tem-se como horizonte o trabalho que trata de um fazer clínico ampliado, considerando tecnologias de microgestão do cuidado/práticas de saúde utilizadas pelos profissionais da rede de serviços.

Para a Integração funcional, partiu-se dos modos de operar o registro, utilização e compartilhamento das informações produzidas nas unidades sobre as práticas de saúde. Fala-se, portanto, do uso ou desuso de tecnologias de informação, de estratégias de compartilhamento de informações, tanto para diferentes sujeitos quanto para serviços, além das definições de fluxos para encaminhamento e referência dos usuários.

Na Integração Sistêmica é apresentado o levantamento de informações mais estruturais, relativas as escolhas de gestão voltadas ou não a processos decisórios transparentes e participativos, ao apoio para diferentes serviços e para fortalecimento da integração entre a APS e a UPA.

Quanto à Integração Normativa, com o objetivo de identificar os valores e filosofias de trabalho, investigou-se a confiança entre os profissionais de cada serviço de saúde, como também entre a APS e UPA; o potencial de cooperação por meio da percepção de compartilhamento de finalidades entre os serviços e do perfil “ideal” de cada unidade; e a verificação das possíveis relações de poder nestes ambientes.

Já a definição dos critérios de cada uma das dimensões foi adaptada de matrizes trabalhadas em pesquisas que tomaram a prática e/ou a organização dos serviços de saúde como seu objeto (COSTA, 2009; MEDINA, 2006; MEDINA et. al., 2015; SANTOS, 2013; VIEIRA-DASILVA et al., 2007). Assim, a partir da identificação desses elementos presentes na literatura, realizou-se uma sistematização que culminou na construção da matriz de análise desse estudo. Nela estão descritas as dimensões, suas subdimensões e os respectivos critérios de análise, podendo ser visualizada no **Quadro 1**. Essa sistematização orientou, em sequência, a construção dos roteiros-guia e a análise dos resultados.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Escolheu-se a técnica de análise de conteúdo para os dados primários, obedecendo as etapas propostas por Minayo (2010): inicialmente realizou-se uma leitura flutuante das entrevistas, acompanhada de sistematização das ideias iniciais, em seguida houve a exploração

do material para codificação das questões conforme as dimensões, subdimensões e critérios de análise e, por fim, realizou-se o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Todas as informações foram processadas com o auxílio do programa NVIVO (versão 11) e analisadas mediante os elementos agrupados nas dimensões do estudo (Quadro 1), além do cotejamento entre as distintas fontes de evidência, com vistas a abranger o máximo possível de perspectivas.

Para a apresentação da análise, foram feitas algumas escolhas de agrupamento das dimensões, subdimensões e critérios com base no conjunto de dados obtidos em campo para os três capítulos iniciais, posto que os mecanismos de integração foram transversais a apresentação dos resultados, podendo ser analisados em diferentes perspectivas. Assim, as questões sobre acesso e acolhimento nas unidades emergiram como um importante elemento a ser considerado, sobretudo para uma melhor compreensão do atendimento às pequenas urgências, objeto desse estudo, e se configurou como um capítulo à parte, seguido dos capítulos sobre fluxos assistenciais e as demandas dos usuários. Por último, foi apresentado um capítulo com a sistematização dos achados em função de cada unidade de saúde e de cada mecanismo de integração, evidenciando a síntese dos resultados que culminam nas integrações clínica, funcional, normativa e sistêmica. Neste, houve a elaboração de um quadro síntese (Quadro 2), com a reprodução de cada dimensão, subdimensão e critério desenvolvidos na Matriz de Análise (Quadro 1). Os critérios foram classificados em quatro estratos:

- (1) Ausente: na inexistência daquela condição, quase inexistência e/ou condição não reconhecida pelos entrevistados, ou ainda uma condição insuficiente;
- (2) Pouco satisfatório: quando a condição relacionada ao critério aparece de modo pontual, esporádico, desordenado, incipiente ou não uniforme;
- (3) Razoavelmente satisfatório: situações nas quais o critério é contemplado de modo parcial ou frequente, porém irregular;
- (4) Satisfatório: quando a condição aparece completa, implementada, formalizada, atualizada ou ocorre regularmente.

Assim, os quatro capítulos de análise de resultados são: (1) Recepção aos usuários nos serviços de saúde: Caracterização do acolhimento e acesso oportuno; (2) Fluxos Assistenciais e os obstáculos institucionais; (3) As demandas dos usuários e suas necessidades percebidas; (4) Síntese dos resultados e os mecanismos de integração.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto seguiu os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do CNS, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e aprovado sob o parecer nº 2.420.374/2017. A gestão municipal autorizou a realização do estudo nas unidades da APS, assim como a gestão estadual autorizou a pesquisa na UPA 24h, ambas mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE L), além de serem solicitados a autorizar o registro de áudio por meio do gravador de voz utilizado pela pesquisadora.

Quadro 1. Dimensões, subdimensões e critérios de análise do estudo

MATRIZ DE ANÁLISE PARA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS		
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS
Integração Clínica	Gestão Clínica dos casos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão de casos entre profissionais da unidade; ▪ Discussão de casos entre profissionais de unidades distintas; ▪ Elaboração e aplicação de plano de cuidados; ▪ Existência, periodicidade e dinâmica das reuniões de equipe; ▪ Existência de atividades com realização compartilhada pela equipe;
	Normatização de condutas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência e utilização de protocolos clínico-epidemiológicos;
	Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias do acolhimento na unidade; ▪ Existência e implementação de critérios de priorização de atendimento [Classificação de risco e vulnerabilidades];
Integração Funcional	Registro, uso e difusão das informações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência e funcionamento de sistemas de informação de saúde; ▪ Existência de mecanismos de uso e difusão das informações entre os serviços de saúde;
	Comunicação entre serviços	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circulação da informação e comunicação satisfatória para o conjunto dos atores ▪ Existência e Implantação de ferramentas gerenciais comuns (Prontuário eletrônico; Fluxos formalizados); ▪ Existência de espaços reais de integração entre APS e UPA (gestão colegiada, reuniões regulares, oficinas de trabalho);
	Encaminhamento oportuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias de marcação de consultas; ▪ Tempo médio de espera para realização de consultas ▪ Sistema de Regulação em funcionamento para situações de urgência e emergência; ▪ Medidas de garantia para a referência e contrarreferência; ▪ Estratégias informais de encaminhamento; ▪ Registro e controle de pacientes referenciados/ contrarreferenciados;
	Transporte Sanitário e SAMU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de transporte sanitário; ▪ Articulação das Unidades com o SAMU

MATRIZ DE ANÁLISE - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS		
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS
Integração Sistêmica	Apoio administrativo e financeiro da gestão local/ Estrutura física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoio da gestão local para a fixação das equipes; ▪ Distribuição e alcance territorial dos serviços; ▪ Estrutura física dos serviços; ▪ Horário de funcionamento das unidades; ▪ Estrutura da assistência farmacêutica nas unidades; ▪ Disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico
	Apoio da gestão à integração dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de iniciativa da gestão estadual e/ou municipal para definição de atribuições e integração entre UPA e AB;
	Educação permanente planejamento e avaliação;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoio institucional à capacitação dos profissionais; ▪ Estratégias de educação permanente desenvolvidas nos serviços; ▪ Planejamento e programação nos serviços;
	Governança regional e disputas institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O modelo de gestão terceirizada e sua articulação com os serviços; ▪ Papel desempenhado pela Gerência Regional na relação com os serviços; ▪ Papel desempenhado pelo Estado e município na relação com os serviços;
	Processos decisórios transparentes e participativos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação da população no planejamento dos serviços e nas tomadas de decisão; ▪ Relação dos serviços com instâncias formais do controle social [Conselho municipal ou estadual de saúde] ▪ Processo de definição de critérios para a alocação/construção das unidades; ▪ Processo de definição das categorias profissionais e especialidades nas unidades; ▪ Adesão e participação dos profissionais no gerenciamento local dos serviços;
Integração Normativa	Confiança interprofissional e interorganizacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de recusa de atendimento nos serviços por discordância dos encaminhamentos realizados;
	Compartilhamento de finalidades e objetivos entre os profissionais e serviços	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepção sobre o motivo da busca dos usuários para os serviços em situação de baixa urgência; ▪ Ausência de conflito relativo à atribuição dos serviços; ▪ Percepção do papel dos serviços no atendimento a situações de baixa urgência;

Integração Normativa	Perfil da unidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil de usuários atendidos nos serviços; ▪ Percepção construída sobre o perfil ideal dos serviços; ▪ Identificação das demandas de pequenas urgências acolhidas e atendidas pelos serviços; ▪ Condução pela unidade dos usuários em situação de baixa urgência; ▪ Motivos de encaminhamento dos pacientes;
	Poder entre categorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência da categoria profissional no trabalho compartilhado; ▪ Categoria profissional determinante no gerenciamento do processo de trabalho nas unidades; ▪ Percepção do prestígio/reconhecimento das categorias profissionais

Fonte: Elaboração própria.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. RECEPÇÃO AOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E ACESSO OPORTUNO

Este capítulo descreve e analisa a recepção aos usuários na busca aos serviços de pronto atendimento e unidades básicas de saúde.

4.1.1. Recepção aos usuários na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

A entrada do usuário na UPA24h é prontamente auxiliada por um profissional de segurança, cuja função é distribuir as fichas numeradas para a Classificação de Risco (CR) e fornecer orientações gerais sobre a organização do serviço. Em seguida, após aguardar o atendimento pelo número da ficha, o usuário passa pela CR, realizada exclusivamente por profissionais enfermeiros e cujo funcionamento é ininterrupto nas 24h/dia.

Para o momento da CR, a UPA 24h adota um protocolo de elaboração da entidade filantrópica que gerencia a unidade, baseado no modelo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) desenvolvido pelo município de Belo Horizonte, denominado ACCR BH – SUS/Canadense. Este, por sua vez, baseia-se no método Canadense de Classificação de risco, o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS). Assim, o protocolo da unidade em estudo considera a categorização da demanda do paciente com base em quatro cores, quais sejam: vermelha, amarela, verde e azul, apresentado na figura 2 a seguir (RELATÓRIO UPA, 2017).

Figura 2. Classificação de risco da UPA 24h categorizada por cor, 2017

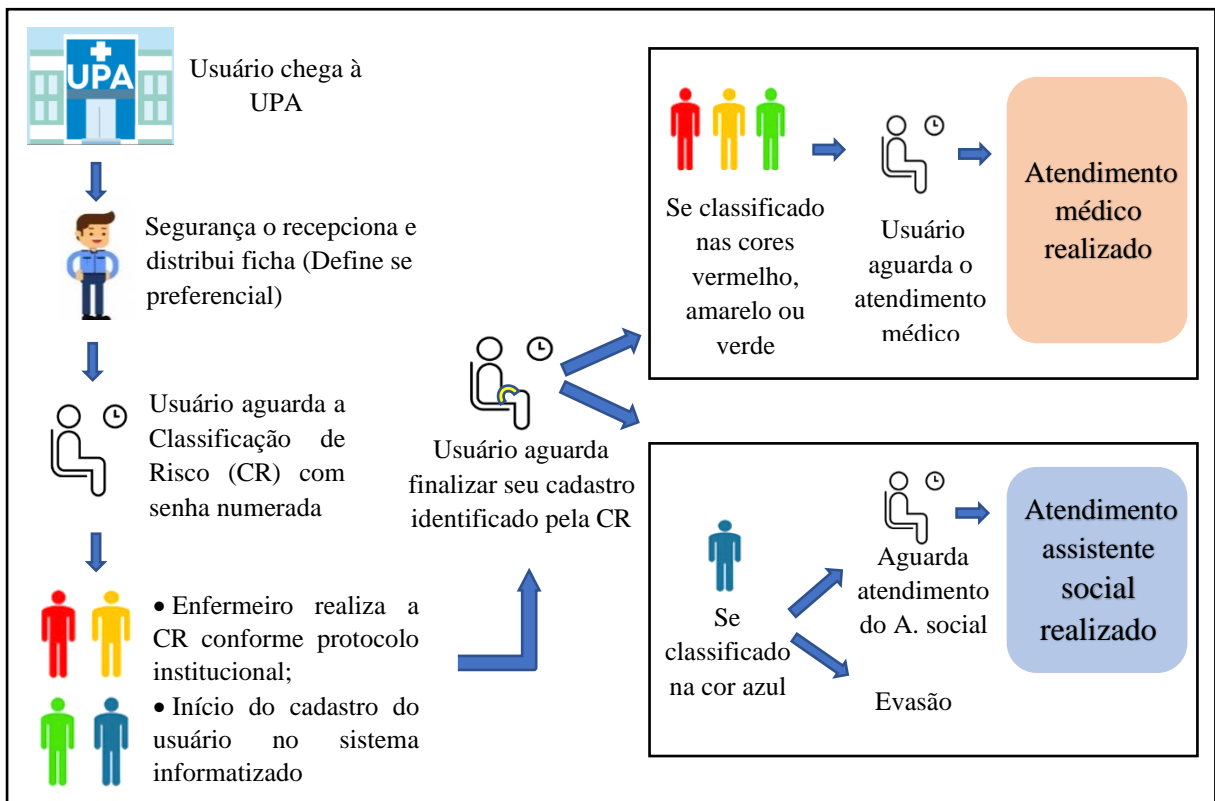
Cores	Classificação de risco do Protocolo UPA24h*
Vermelho	Emergência, necessidade de atendimento imediato
Amarelo	Urgência, com atendimento prioritário sobre os pacientes classificados em verde
Verde	Sem risco de morte imediato, somente será atendido após todos os pacientes classificados como <i>vermelho</i> e <i>amarelo</i>
Azul	Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social.

Fonte: Elaboração própria.

*Relatório mensal da UPA (2017) e Protocolo de referência (BELO HORIZONTE, 2005).

O fluxo de recepção ao usuário na UPA24h, resumido na figura 3, está bem estabelecido, com clara definição do percurso a ser seguido, evidenciado tanto nos relatos dos profissionais quanto na observação de campo. A presença de profissionais para organizar a CR durante todo o expediente, somado ao fluxo bem delineado, foram elementos identificados como facilitadores do atendimento ao usuário desde o primeiro instante da sua chegada, o que favorece o acesso a esse serviço.

Figura 3. Fluxograma de recepção ao usuário na UPA 24h. Petrolina-PE, 2017



Fonte: Elaboração própria.

A realização do atendimento dos pacientes após a classificação de risco ocorre conforme a priorização de cor: primeiro o vermelho, seguido pelo amarelo e por último o verde. Entretanto, em situações de alta demanda, caso os profissionais percebam uma grande concentração de pacientes classificados na cor verde em espera, passam a intercalar a consulta médica entre as cores verde e amarelo.

Em relação ao tempo de espera dos usuários, os atendimentos na UPA24h se mostraram, em sua maioria, ágeis e oportunos, respeitando o preconizado na classificação de risco. No decorrer da observação não participante, pôde-se constatar o tempo limite sendo respeitado, fato que, inclusive, tornou-se um elemento dificultador da realização das entrevistas com os

usuários, frequentemente interrompidas pelas chamadas. Ainda sobre o tempo de atendimento ao usuário, foi relatado pelos profissionais o seu monitoramento por meio de metas quantitativas, as quais visam verificar os intervalos temporais desde o momento da retirada da senha no totem até o momento de alta, o que pode ser mais um estímulo à celeridade no atendimento.

No que tange à atribuição dos profissionais na recepção aos usuários na UPA24h, há um predomínio do envolvimento dos profissionais enfermeiros, únicos responsáveis pela CR, sem participação ativa do médico, achado semelhante ao estudo de Konder e O'Dwyer (2016) no âmbito das unidades de pronto atendimento.

Para a enfermagem, realizar a classificação de risco não é algo simples. Em um curto espaço de tempo é preciso verificar os sinais vitais, glicemia, oximetria, ouvir as principais queixas e objetivar as necessidades percebidas e relatadas em uma categoria de urgência. É preciso estar atento aos sinais e sintomas clínicos, mas, também, a questões de outra natureza, conforme relato do profissional abaixo:

Por exemplo, dor é urgência, e dor é muito subjetivo. É difícil você dizer pra uma pessoa que a dor dela é verde e amarelo. Quem é você pra dizer isso? Então isso já é uma dificuldade básica. Por mais que um paciente não chegue chorando, se ele disser “eu estou com muita dor”, muita dor é um amarelo, e aí a dificuldade entra nisso também. E aí é a [...] experiência, movimentação do paciente, como ele se comporta... essas coisas é questão de tempo que você vai aprendendo. [...] não se trata só de você olhar o paciente, eu acho que *feeling* funciona muito. [...] não é só aquela coisa racional, física. [Se está com] pressão está alta, entra. Se você olhar bem um paciente, as vezes ele está com a pressão boa, a queixa dele não é assim... mas você sente que tem alguma coisa errada [...] é aquela coisa de sentir, de olhar. (Enfermeiro UPA)

A fala do profissional e as observações em campo demonstram que a classificação de risco é um processo que envolve certa subjetividade, ainda que orientado por protocolo. Obviamente, situações que possuem uma gravidade clínica explícita, como a presença de alterações nos sinais vitais verificados nesse momento (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e o nível de saturação de oxigênio), não desencadeiam tantos conflitos de interpretação. Mas nos casos de menor gravidade, o que separa o acesso ao atendimento médico do não atendimento, ou seja, o que separa a classificação verde da azul, pode ser a percepção individual do enfermeiro baseada no seu saber prático, podendo a decisão da categorização do usuário ser influenciada por pequenos detalhes.

Ainda que os profissionais estejam atentos às nuances no comportamento dos usuários, o propósito da classificação de risco é a objetivação da demanda de saúde. Para definir quais

situações são adequadas ao serviço, os critérios na UPA24h se baseiam exclusivamente em demandas de natureza clínica, não havendo uma avaliação da vulnerabilidade social ou do contexto do indivíduo e da sua relação com o serviço de saúde que, nesse momento, seja capaz de direcioná-lo ao atendimento médico.

A literatura aponta que os protocolos direcionadores se fazem necessários justamente para guiar a avaliação do enfermeiro durante a classificação de risco e minimizar o viés da subjetividade, entendida como inerente ao processo de decisão clínica (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015; ZACHARIASSE et al., 2019). Por outro lado, apesar de considerá-lo uma ferramenta útil e necessária, o Ministério da Saúde, ao recomendar o uso de protocolos, reconhece sua limitação, uma vez que não captura os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais, considerados fundamentais numa efetiva avaliação de risco e vulnerabilidade de cada sujeito que busca o serviço de urgência (BRASIL, 2009).

A UPA24h também possui o serviço de atendimento social, pois quando o usuário é classificado na cor azul, que corresponde à “demanda social”, ou “ausência de sofrimento agudo”, este é direcionado ao Serviço Social. De acordo com informações da própria unidade, cerca de 40% dos sujeitos com pulseira azul aguardam o atendimento dessa categoria profissional (RELATÓRIO UPA, 2017). O referido atendimento complementa a recepção aos sujeitos, conformando-se como um espaço de escuta, diálogo e orientação para os demais pontos da rede de saúde e/ou de serviços socioassistenciais àqueles que não serão atendidos pelo médico. Isso pode ser compreendido como um diferencial na organização da unidade, na medida que amplia a oportunidade do relato sobre os motivos da busca ao serviço, a trajetória percorrida e as necessidades existentes a partir de uma abordagem social, com potencial para uma maior resolutividade.

De modo geral, o acolhimento na UPA24h foi ágil e oportuno, sobretudo para os casos de urgência cuja gravidade, em aspectos clínicos, se apresentou mais evidente. Esse também foi o perfil de usuários considerado como o mais adequado ao atendimento nessa unidade, tanto pelos profissionais quanto pelos coordenadores entrevistados, ponto também explorado no tópico “percepção dos profissionais e da gestão sobre o acolhimento”.

Nesse sentido, é razoável dizer que o momento do acolhimento acaba sendo uma estratégia de “seleção” de um determinado perfil de usuários que deverá receber atendimento médico. No caso da UPA 24h, o que define as características da demanda “adequada” é a avaliação dos sinais clínicos do indivíduo, mas não o contexto da rede, nem a avaliação de vulnerabilidade do usuário.

4.1.2. Recepção aos usuários nas Unidades da Atenção Primária

Ao receber os usuários à porta de entrada, o primeiro procedimento adotado por ambas unidades de saúde é a identificação na recepção. Na USF OP, o profissional da recepção já identifica o cadastro do usuário no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e direciona o atendimento, enquanto na USF RM esse registro no PEC só acontece no momento seguinte, na ‘sala de acolhimento’.

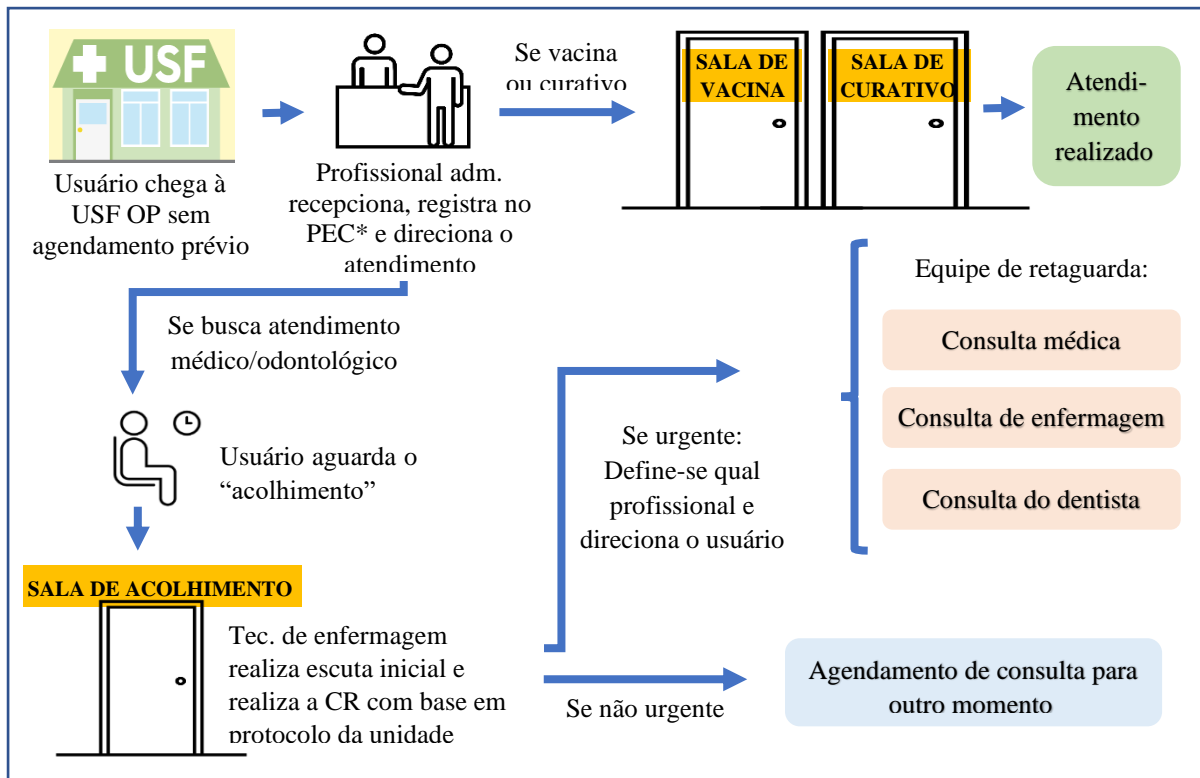
Não ocorre, em nenhuma das duas USF do estudo, uma divisão inicial dos usuários com demanda espontânea por equipe de cadastro para o atendimento, ou seja, os sujeitos são recepcionados e atendidos pelos mesmos profissionais, independente da equipe de saúde da família a qual pertençam. Nesse sentido, ambas unidades organizaram-se definindo um ou mais profissionais de nível superior como retaguarda por dia, de modo que, naquele período, se dediquem prioritariamente ao atendimento do público que busca a unidade sem agendamento prévio. Essa definição se sucede na mesma lógica de uma escala, havendo uma programação de rodízio dos profissionais das três eSF que atuam em cada um dos serviços.

Após passarem pela recepção, os usuários que estiverem em busca de atendimento médico/odontológico serão direcionados à “sala de acolhimento”. As duas unidades estão organizadas para realizar esse momento de escuta qualificada em ambiente específico para tal, conduzidas pelo técnico de enfermagem, conforme demonstrado nas Figuras 4 e 5.

Ficou evidente que, tanto a USF RM quanto a USF OP, organizam-se para, diariamente, realizar a escuta, a classificação de risco e a orientação aos pacientes com demanda espontânea. Utilizam, no entanto, fluxos diferentes em algumas etapas do processo de trabalho, como a atribuição dos técnicos de enfermagem na classificação de risco.

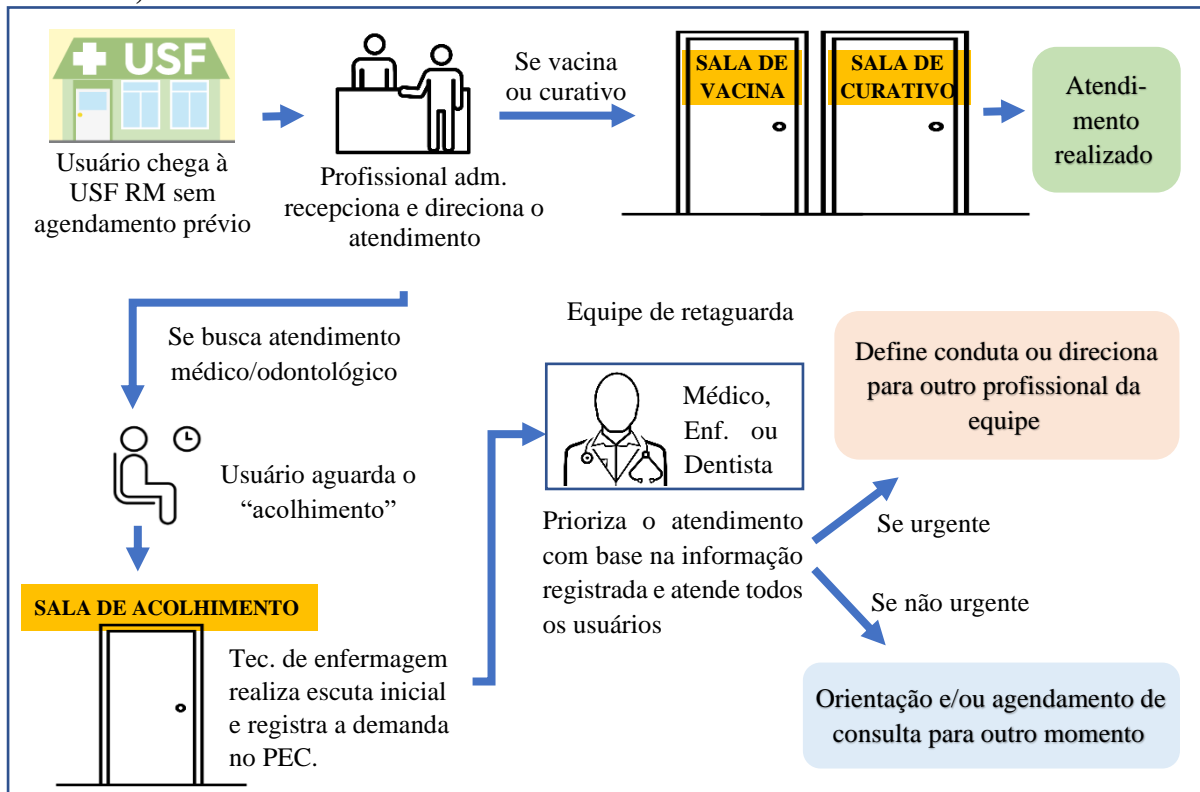
Na perspectiva do gestor da Atenção Primária não há uniformidade de estratégias de acolhimento nas USF do município, e os profissionais de cada serviço acabam desenvolvendo seus próprios mecanismos de recepção ao usuário. Porém, no que tange o apoio da gestão ao acolhimento, há apenas o relato de iniciativas pontuais de capacitação sobre o tema para os profissionais, ainda que essa homogeneidade de práticas tenha sido manifesta como necessária em seu discurso. Em consequência, existem unidades que não realizam acolhimento com escuta qualificada à demanda espontânea, ou o fazem com dia e horário definido. E apesar dessa percepção de não uniformidade, os profissionais de ambas as USF analisadas demonstraram preocupação com o momento da chegada dos usuários e descreveram os modos de organizar o serviço com ênfase no acolhimento.

Figura 4. Fluxograma de recepção ao usuário na Unidade de Saúde da Família OP. Petrolina, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Figura 5. Fluxograma de recepção ao usuário na Unidade de Saúde da Família RM. Petrolina, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Conforme os relatos dos profissionais, o rodízio entre as diferentes equipes permite que conciliem os atendimentos programáticos e a demanda espontânea. Nesse ponto, foi notável o fato de que ter mais eSF no mesmo espaço físico favoreceu a organização do serviço para a recepção aos usuários com demanda espontânea, já que encontraram uma forma de evitar a sobrecarga dos profissionais.

Em contrapartida, cabe reiterar que esses atendimentos são realizados independentemente da área de abrangência da equipe, situação que fragiliza elementos essenciais da APS, como a longitudinalidade e a responsabilização da eSF pelo acompanhamento dos indivíduos. E essa continuidade do cuidado, que visa justamente conhecer o contexto e a dinâmica psicossocial e econômica dos sujeitos, é o que fortalece uma clínica ampliada e desmedicalizante. A despeito disso, a recepção ao usuário nessas unidades da APS pode abrir precedente à lógica do pronto atender, já praticada de modo predominante em diferentes serviços, inclusive nas UPA. (NORMAN; TESSER, 2015; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Sobre a atribuição dos profissionais no momento de recepção aos usuários na APS, cabe refletir a relevância do papel do Técnico de Enfermagem, que nas duas unidades exerce a função de escuta inicial em ambiente reservado, a sala de acolhimento. Um elemento importante no relato das equipes e que diferencia fundamentalmente a recepção entre uma USF e outra, é a limitação imposta no formato da escuta inicial para os técnicos da USF RM, visto que não realizam a classificação de risco e vulnerabilidade desses pacientes, apenas descrevem suas queixas/necessidades no sistema operacional, repassando a etapa de classificação para os profissionais de nível superior.

Passa na triagem, e aí as meninas [técnicas de enfermagem] colocam, e a gente vai avaliando cada paciente pelo sistema. Vendo quem é mais prioridade. Elas triam, mas não com classificação de risco. Elas só triam, descrevem aqui os sintomas que o paciente relata. Por exemplo, veio pegar a receita, aí a gente vai priorizando, entendeu? Quem for mais urgente, quem não é urgente. Elas sempre colocam uma observação. [...] Quando eu cheguei aqui, já tinha instituído essa forma de acolhimento. Foi um acordo dentro da equipe. (Enfermeiro USF RM)

É recorrente, nas experiências cotidianas das USF no Brasil, que a recepção qualificada seja atribuída à equipe de enfermagem, em especial aos técnicos/auxiliares de enfermagem (GARUZI et al., 2014). De toda forma, é grande a responsabilidade dada aos técnicos de enfermagem na equipe OP, os quais devem definir se a demanda trazida pelo usuário é uma

urgência, e se o mesmo receberá atendimento naquele momento, o que implica em uma avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Acerca desse ponto, os profissionais entrevistados explanaram que a estratégia de recepção com acolhimento implantada pela equipe foi resultado de diversas tentativas anteriores. Por um determinado período, os enfermeiros estiveram responsáveis por realizar a triagem com classificação de risco da demanda espontânea, fixando um médico por dia na retaguarda, o que gerou um enorme volume de atendimento. Essa estratégia sobrecarregou os profissionais, os quais optaram, em consequente, por estabelecer a categoria de técnico de enfermagem para esse papel.

A gente tentou durante um tempo que toda escuta inicial fosse realizada pelas enfermeiras e foi muito difícil. Não sei se isso se espalhou na comunidade que todo mundo ia ser atendido no mesmo dia... **algumas pessoas entenderam que todo mundo ia passar no médico no mesmo dia**, e aí a gente atendeu uma quantidade muito grande de pessoas e a gente começou a desenvolver *Burnout* mesmo. A gente não aguentou. (Medico USF OP) [**grifo nosso**]

As diversas tentativas da equipe acima revelam as dificuldades que os profissionais encontram para estabelecer a unidade como “porta de entrada” e administrar as demandas espontâneas sem que impacte negativamente nas demais atividades da unidade e afete elementos essenciais do modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, entende-se que a prática da recepção ao usuário nas USF pode ser complexa, e apesar das convergências descritas entre as duas unidades em análise, os relatos demonstram que a realidade do município em estudo é de não uniformidade, situação semelhante aos achados nacionais, conforme constatado em uma revisão sistemática sobre o tema (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Em vista disso, pode-se afirmar que, de modo geral, a dinâmica que envolve a recepção e o acolhimento nas unidades de saúde da família é heterogênea, variando sua concepção e seus modelos organizacionais de operacionalização, e não raramente incorre em restrição a atendimentos pontuais centrados na queixa-conduta (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

No que se refere ao elevado quantitativo de buscas ao serviço após a implementação do acolhimento com enfermeiros realizando toda a escuta inicial, é relevante refletir com base em dois possíveis determinantes. O primeiro seria atribuir o movimento à demanda reprimida daquele território, ou seja, haveria uma pressão assistencial pelo excesso de demanda que habitualmente nem chega ao serviço de saúde. Isso ocorre geralmente em locais com baixa cobertura pela APS, unidades com déficit de trabalhadores de saúde e/ou de espaço físico, e

repercuta diretamente na sobrecarga de trabalho e na demora pelo atendimento (NERY et al., 2009).

O segundo determinante estaria relacionado ao desejo dos usuários de “consumir saúde” por meio da consulta médica, a qual permeia o imaginário social como um dos mais importantes produtos a ser ‘consumido’ no âmbito da saúde. Assim, os usuários aumentariam sua busca a unidade estimulados pela percepção de acesso facilitado à consulta médica, o que não significaria que aquele volume de demandas estaria refletindo as necessidades de saúde daquele grupo populacional, mas possivelmente necessidades de consumo provocadas pela organização da oferta do serviço médico (BREHMER, VERDI, 2010; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Dessa forma, quanto maior e mais intensa a demanda, mais facilmente o serviço se sobrecarrega e passa a ofertar respostas imediatas e voltadas ao controle de sintomas clínicos, caindo no ciclo de reforço ao vigor dessas demandas e de redução da possibilidade de resolução das necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994; OLIVEIRA, 2007). Posto isso, é razoável supor que o volume excessivo de demandas na USF OP tenha ocorrido em consequência das possibilidades apresentadas, quer estejam isoladas ou combinadas.

Dando seguimento ao fluxo percorrido pelo usuário, uma vez realizado seu acolhimento e este tenha sido classificado com uma demanda não urgente, será então direcionado à marcação de consulta com profissional de saúde em momento posterior.

Nas USF OP e RM, os profissionais afirmaram realizar agendamento diário durante todo o expediente, sem restrição de um período específico para tal, trabalhando na dinâmica que nomeiam de ‘agenda aberta’. Esse modo de marcação também foi reiterado pelo discurso da gestão municipal, a qual argumentou se tratar de uma alternativa para evitar aglomeração de pessoas em um período específico e minimizar a formação de filas, o que tornaria o acesso às consultas menos restrito. Também declarou que todas as unidades da APS foram solicitadas a utilizá-lo, embora reconheça a permanência de algumas eSF utilizando dia e hora marcada para agendamento de consulta.

Quando questionado aos profissionais das unidades sobre os impactos para o processo de trabalho desse modelo de organização do agendamento de consultas, obteve-se diferentes respostas. Na USF OP, pontuou-se o modo impositivo que a gestão municipal conduziu a decisão da ‘agenda aberta’, que desconsiderou as particularidades de cada território e o tempo adequado de transição do processo de trabalho. Ainda assim, apesar do relato de um diálogo

fragilizado com os gestores da APS, os profissionais avaliam que a médio prazo a mudança foi positiva, com repercussão na redução de filas presenciais na unidade.

A gente tem uma dificuldade de diálogo com a gestão, eu identifico. As vezes vem posicionamentos muito autoritários [...]. A gente costumava ter [...] marcações semanais de consulta. Teve um momento que a gestão chegou pra gente e disse “A partir de agora vocês vão abrir a agenda. É agendamento de consulta por tempo indeterminado. Se encher janeiro, encheu, se encher fevereiro, encheu”. E aí vai pra março, né? Sem dar tempo da gente se organizar. Então a gente tem essa dificuldade [...] da gestão compreender como é o cotidiano aqui (Médico USF OP).

Não tem pessoas chegando 5h, 4h da manhã, dormindo aqui para vir pegar ficha, para marcar consulta. Mesmo quando antes era o horário corrido, o pessoal chegava cedo, muitas vezes chegava de madrugada. [...] Agora como eles sabem que pode aparecer qualquer horário, tanto manhã quanto à tarde, então o fluxo até na recepção já diminuiu. (Enfermeiro USF OP)

Quanto à USF RM, não foi percebido pelos entrevistados impacto na redução das filas após a implementação da agenda aberta. No entanto, atribuiu-se a responsabilidade sobre sua persistência ao comportamento da população, que estaria habituada a buscar o serviço na madrugada e enfrentar longas esperas.

Por mais que a gente tenha feito agenda aberta, brasileiro tem uma mania de fila terrível. A gente diz “não vai de 4h da manhã” que [...] qualquer dia e qualquer hora você marca. Então 3h da manhã está aquela fila enorme de gente. A gente explica, faz toda a orientação, mas é uma questão de costume mesmo, [...] a população já está muito viciada. (Médico RM)

Vale ressaltar que na USF RM houve diversas mudanças na forma de marcação de consultas, voltando a trabalhar com a ‘agenda aberta’ poucos meses antes da coleta de dados, o que pode justificar a manutenção das filas. Além disso, pode ser fruto do pouco diálogo com os usuários, pois a forma de organização do acolhimento estava definida com base na decisão de alguns profissionais, sem evidência de participação ativa da comunidade, cuja presença não é citada nos espaços de decisão.

Uma análise crítica de produções nacionais sobre o tema aponta que a manutenção dos modelos de atenção hegemônicos nos serviços, associado ao despreparo das equipes em lidar com a subjetividade dos sujeitos, levam à tendência a culpabilizá-los pelos problemas enfrentados. Trata-se de uma visão de influência higienista, pontuada como questões de hábitos, abstraídos de seu contexto histórico, de suas relações com as condições de vida e experiências

anteriores, o que acaba por justificar também a limitada atuação dos demais atores diante da situação (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Posto isso, e do modo que foi implementado nas unidades em análise, a proposta de não restringir um dia/turno/horário específico para o agendamento de consultas só implicou na redução das filas na USF OP. Ademais, ainda não havia sido suficiente para tornar ‘oportuno’ o tempo de espera para a consulta médica em nenhuma das duas USF do estudo, visto que o tempo de espera do usuário variou entre uma semana e 15 dias, bem distante do tempo oportuno previsto na literatura internacional de até dois dias (COWLING et al., 2013; 2014). Já com relação à consulta de enfermagem, o tempo de entre a marcação e a realização do atendimento se mostrou mais ágil, ocorrendo no mesmo dia ou ao longo da mesma semana.

A demora no agendamento de consultas é um motivo frequente de insatisfação dos usuários, que vivenciam tentativas frustradas de obter consulta satisfatória na APS (COWLING et al., 2014; GOMIDE et al., 2018). Portanto, apesar de estar em constante tentativa de aprimoramento do seu processo de recepção aos usuários e agendamento de consultas, as USF analisadas permanecem com limitações relacionadas à consulta médica em tempo oportuno, evidenciando barreiras nesse acesso, o que pode ser uma das razões a conduzir os usuários para outros serviços que lhe ofertem uma resposta mais rápida, ainda que pouco eficazes nos casos que demandam cuidados à médio e longo prazo.

4.1.3. Percepção dos profissionais e da gestão sobre o acolhimento

Ao serem indagados sobre a recepção aos usuários nas unidades de saúde, os profissionais da UPA24h se referiram, na maior parte das vezes, a triagem e a classificação de risco, ao passo que os profissionais da APS utilizaram preferencialmente a noção do acolhimento em suas respostas. É provável que essa diferença seja reflexo tanto de um processo de trabalho também desigual entre a UPA24h e as USF, conforme já apresentado, quanto da diferença de ideal a se buscar sobre o modelo de atenção ofertado e o objeto de trabalho.

Na UPA24h, foi unânime entre os profissionais e coordenadores a afirmação de que não há recusa de atendimento aos pacientes no momento de recepção da unidade. Nesse sentido, negam a realização de uma triagem na unidade e a diferenciam da classificação de risco, a qual afirmam pôr em prática. As falas baseiam-se na justificativa de que a CR estaria relacionada a uma organização do serviço mediante a priorização do atendimento aos usuários por gravidade,

enquanto que a triagem retrataria uma categorização de prioridades com caráter excludente, ou seja, com possibilidade de recusa de atendimento.

O que é triagem? É definir quem vai ou não ser atendido. A classificação de risco é simplesmente para dar prioridade a quem está esperando. [...]Para triagem, tinha que ser o médico. (Coord. UPA 1)

A literatura não apresenta essa distinção entre os termos. Ao contrário, demonstra que os modelos de classificação de risco mais implementados se referem a um processo de aprimoramento da triagem, com a criação de escalas, categorias de sintomas e outros diversos discriminantes (CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014). Além disso, as próprias metodologias de CR desenvolvidas incorporam o termo “triagem” nos nomes dados, a exemplo dos modelos Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*) e de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*).

Apesar das diversas afirmações sobre o caráter não excludente da recepção ao usuário adotada na UPA24h, há uma controvérsia entre os discursos e a sua prática, pois eventualmente situações de recusa acontecem. Em uma das entrevistas, o profissional pediu que o gravador fosse desligado, e então revelou que, em determinados momentos e a depender do perfil do usuário, este é orientado a buscar outro serviço da rede de atenção à saúde. Relatou a existência, inclusive, de certa pressão da gestão da unidade para evitar atendimento aos casos considerados não adequados ao serviço, que são aqueles cuja gravidade clínica não demandam urgência no atendimento. Esse comportamento do sujeito entrevistado, além de evidenciar o seu receio de relatar certos acontecimentos, demonstra uma situação de conflito pessoal, provavelmente fruto da dissonância entre o que se acredita que deveria ser executado e o que de fato ocorre na unidade. Em vista disso, a reiteração nas falas sobre o compromisso da unidade com a não recusa de pacientes parece, na verdade, intencional para não expor fragilidades presentes no próprio processo de trabalho e até no sistema de saúde.

Em relação à APS, o acolhimento foi referido como proposta de recepção ao usuário por seus profissionais e gestores. Especificamente sob a ótica do gestor municipal, o discurso foi voltado à necessidade de que todas as USF atuem no acolhimento à demanda espontânea (DE), entendendo-o como facilitador do acesso da população àqueles serviços de saúde. Para tanto, o acolhimento foi definido como algo a ser realizado diariamente, a fim de receber e direcionar todo usuário que chegue à atenção primária. A gestão municipal também defendeu que a escuta qualificada em sala de acolhimento deveria ser realizada apenas por profissionais de nível

superior, e não pelos técnicos de enfermagem, e determinou que a marcação ocorresse nos moldes da ‘agenda aberta’.

À despeito das especificações supracitadas, a iniciativa da gestão para apoiar o acolhimento demonstrou estar restrita a realização de oficinas episódicas sobre o tema, sem elaboração de documento formal orientador, como protocolos e/ou fluxogramas ou outras intervenções. No entanto, referiu, naquele momento, estar sendo criado um grupo técnico para discutir o acolhimento no município, que contaria com a participação dos profissionais das USF, da própria gestão e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e que os protocolos estariam em fase de construção.

Além disso, atribuiu a dificuldade de implementação do acolhimento à resistência dos profissionais em seguir as determinações municipais, sobretudo dos médicos mais antigos.

Os médicos são os mais resistentes. Não querem fazer o acolhimento, alguns chegam até dizer que não é papel deles fazer esse acolhimento. Então eles colocam dificuldade em todo o processo, com exceção dos médicos residentes [em Saúde da Família e Comunidade] que a gente tem aqui. (Gestão Municipal APS)

Cabe ressaltar que nas USF analisadas não houve nenhum relato de resistência dos médicos para o acolhimento, mas ambas unidades se encontravam como local de atuação para a Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, o que pode influenciar na atuação dos profissionais dessa categoria, conforme a afirmação da gestão municipal.

Por outro lado, os trabalhadores queixam-se da ausência de iniciativas da gestão sobre a temática, demonstrando que as solicitações sobre a organização e resolutividade dos serviços da APS não são proporcionais ao apoio técnico-científico nem administrativo ofertados. Estes referem não haver espaço para o diálogo entre as eSF e a gestão, e que se sentem pressionados a adequar o acolhimento e a marcação de consultas conforme determinações municipais, ainda que demonstrem estar deslocadas das particularidades e desafios enfrentados por cada unidade, como, por exemplo, no relato de imposição sobre a ‘agenda aberta’, discutido em tópico anterior.

Nessa perspectiva, os profissionais não negam a existência de oficinas realizadas pela gestão, mas também não reconhecem que o acolhimento tenha sido pautado como temática, o que demonstra uma contradição entre os discursos da gestão e dos trabalhadores das USF. Estes afirmam, ainda, que as iniciativas de definição de fluxo, capacitação e desenvolvimento de

estratégias de implantação do acolhimento foram sempre provenientes dos próprios profissionais, ocorrendo internamente nas unidades.

Das capacitações em relação ao acolhimento[...], urgências dentro da atenção primária, fluxograma de atendimento, eu acho que foram muito mais iniciativas nossas [da equipe] [...]. A gente tem mais iniciativas da gestão em relação a coisas um pouco mais específicas: hanseníase, preventivo [...]. A gestão quando vai fazer, dá um ‘hiperfoco’ num tema, sabe? Mas pensando em gestão da clínica, pensando em fluxograma da unidade, não teve, não identifiquei muito diálogo [da gestão] com a gente não. (Medico USF OP)

A gente capacita por iniciativa interna[...]. Mas capacitação vindo da secretaria, não. Veio a ordem de ter acolhimento em todas as unidades, mas não houve treinamento. (Medico USF RM)

Assim, embora apresente clareza na retórica, a gestão demonstrou uma atuação muito restrita no suporte ao acolhimento nas USF. A ausência da formalização de normas e a dificuldade de dialogar de modo horizontal com os profissionais reflete no processo de trabalho e na percepção desses trabalhadores, que não se sentem apoiados nem devidamente orientados sobre como conduzir o acolhimento e seus impasses surgidos no dia a dia.

Sobre a noção de acolhimento que os profissionais da APS expuseram, evidenciou-se um entendimento mais amplo, pois o relacionam também à atuação de outros trabalhadores da unidade, não apenas os diretamente envolvidos na assistência à saúde, dando a entender que o “acolher” envolve a postura e atitude profissional, conforme exemplos abaixo:

A gente intitula sala de acolhimento apesar de a gente saber que acolhimento é uma estratégia muito maior que uma salinha. [...] Porque acolhimento todo mundo faz, né? [...] Os porteiros aqui são melhores do que a maioria dos profissionais aqui pra fazer o acolhimento. (Medico USF OP)

Os nós críticos que temos nessa unidade, infelizmente, é ainda má recepção. (Enfermeiro USF OP)

Por esse ângulo, pode-se dizer que o acolher ultrapassa os limites técnico-operacionais e tangencia os valores éticos de cada profissional, traduzindo a ação humana de reconhecimento da dimensão subjetiva do outro (BRASIL, 2013; BREHMER; VERDI, 2010). Desse modo, entende-se que o acolher, assim como a clínica, já possui o seu componente subjetivo intrínseco aos sujeitos que o fazem. No entanto, é razoável refletir que, quanto menos normatizado e estruturado coletivamente o acolhimento acontecer, mais dependente de noções e atitudes

individuais esse processo será. Esse entendimento poderia explicar, por exemplo, a citação de que o porteiro acolheria melhor do que a maioria dos profissionais, pois qualquer profissional que se sentir responsável naquele ambiente, poderia acolher, mas isso não seria assegurado pelo serviço.

Cabe considerar que a proposta do Acolhimento está amparada no direito de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, além de estar alicerçada em três perspectivas: como um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; enquanto postura, atitude e tecnologia do cuidado e, por fim, como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2017). Nesse sentido, defende-se que todos os trabalhadores da saúde se envolvam na recepção aos usuários, escuta qualificada, construção de relações de confiança, compromisso e vínculo (BRASIL, 2013).

Assim, é fundamental que o acolhimento seja visto como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar o vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a atuação clínica (SOUZA et al., 2008).

Por fim, é perceptível que essa noção mais ampla sobre o acolhimento se aproxima mais dos relatos dos sujeitos envolvidos com a APS. Além disso, demonstram vivenciar dificuldades na organização da recepção aos usuários e na relação entre profissionais e gestores, embora pareçam imbuídos da responsabilidade de um processo que facilite o fluxo das pessoas.

Já os profissionais e gestores da UPA, apesar de se depararem com uma organização mais uniforme do modo de recepção ao usuário e serem eficientes para os moldes que se propõem internamente, demonstram enfrentar alguns conflitos éticos sobre o perfil de pacientes que efetivamente são incorporados ao serviço, conflito este por vezes velado em discursos sobre o caráter não excludente da unidade.

4.2. FLUXOS ASSISTENCIAIS E OS OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS

Ao investigar os fluxos assistenciais e seus possíveis obstáculos, partiu-se dos dispositivos informacionais presentes na organização de cada unidade, tanto no âmbito das tecnologias empregadas quanto em relação às estratégias de comunicação utilizadas e/ou construídas pelos profissionais na rotina dos serviços, considerando suas influências no compartilhamento interno de informações nas equipes e na possibilidade desse compartilhamento com outros serviços de saúde.

Em seguida, foi descrito o perfil do atendimento nas unidades em estudo e analisado a percepção dos sujeitos sobre o tópico. Por fim, foi examinado o modo como os diferentes serviços e profissionais da rede se comunicam, incluindo os fluxos existentes para encaminhamento e referência dos usuários, sobretudo no que tange a relação entre a UPA e as USF participantes do estudo.

4.2.1. Dispositivos informacionais utilizados na organização do fluxo interno das unidades

Na UPA 24h utiliza-se, predominantemente, o ambiente informatizado para o registro das atividades, e essas informações são processadas por meio de um sistema de prontuário eletrônico denominado Prontuário Eletrônico Integrado (PEI). Assim, para o registro de dados clínicos, a organização do fluxo dos pacientes, e até para o gerenciamento dos trabalhos administrativos, como o acompanhamento de estoques e distribuição dos medicamentos e insumos pela farmácia, utiliza-se o PEI, o qual possibilita um controle minucioso desses processos.

Especificamente para os atendimentos clínicos, a unidade não prescinde do registro físico, pois ainda não houve a incorporação da assinatura eletrônica dos profissionais no prontuário digital. Em vista disso, utiliza-se o meio eletrônico de modo concomitante ao físico, situação na qual os profissionais que atuam na assistência ao paciente fazem o registro no PEI, e em seguida realizam a impressão do documento para assinar sua identificação de forma tradicional.

Ainda assim, a percepção a respeito das vantagens em se trabalhar com prontuário eletrônico é disseminada por toda a equipe da UPA 24h. A exceção da assinatura eletrônica e de eventuais quedas no sistema por falta de energia, os entrevistados relatam não vivenciar

dificuldades com o ambiente informatizado. Como maiores benefícios, os coordenadores pontuam a agilidade no atendimento e a melhor organização do processo de trabalho, enquanto os profissionais enfatizam a segurança para o paciente decorrente da legibilidade das informações no prontuário e a facilidade de acesso aos dados de saúde, atuais e pregressos, dos pacientes em seus respectivos atendimentos.

É uma comunicação que pode não ser direta, mas é ótima. A gente lê ali, pelo fato da visualização da escrita já melhora muito. (Enfermeiro UPA)

Não a comunicação, facilita o raciocínio clínico do profissional. (Médico UPA)

Demonstram, nesse sentido, que o PEI favorece a lógica de construção do raciocínio clínico, na medida em que resgata o histórico sintomatológico do usuário e as condutas médicas já realizadas. A informatização também possibilita a fácil identificação de visitas recorrentes à unidade e auxilia a comunicação entre os profissionais da UPA 24h por meio da linguagem escrita, ao eliminar os problemas com grafia incompreensível. Apesar disso, o uso de ambiente virtual na unidade não demonstra estar diretamente relacionado ao favorecimento de outros modos de comunicação, a saber o diálogo entre sujeitos.

Quando questionados a respeito do volume de dados assistenciais gerados e seus potenciais usos, os coordenadores médico e de enfermagem referiram servir para a prestação de contas e o faturamento, enquanto a coordenadora do serviço social citou o acompanhamento dos usuários e o contato com a rede intersetorial. Já os profissionais, embora tenham reconhecido em momento anterior alguns benefícios dos dados produzidos, não foram capazes de elaborar sobre o assunto ao serem questionados diretamente, o que sugere a ausência de retorno de informações sobre trabalho assistencial para esses sujeitos, além de um potencial subutilizado desses dados.

Eu não sei dizer, porque a parte de enfermagem aqui da urgência é só essa, eu faço uma evolução, e tem a parte médica. O paciente recebeu alta, a gente grampeia o prontuário e encaminha para a recepção; recepção posteriormente encaminha pro SAME. Se lá no SAME ou o NEP, que é o núcleo de epidemiologia, eles tem outro tipo [de uso dos dados] eu realmente não sei informar. (Enfermeiro UPA)

Vale destacar que o Relatório Mensal da UPA24h, é um importante instrumento elaborado pela unidade, que inclusive foi utilizado como fonte de investigação dessa pesquisa, e não foi citado como um produto dos dados produzidos na unidade. No documento aqui

analisado, consta o consolidado da produção da unidade, o perfil dos usuários atendidos, as reuniões realizadas, as principais demandas dos usuários que buscaram o serviço, dentre outras informações capazes de indicar necessidades dos usuários e da rede e orientar a organização do próprio serviço. Desse modo, a não referência ao relatório pode sugerir uma subutilização de consolidações desenvolvidas regularmente pelo próprio serviço.

Esses achados se assemelham ao estudo de Konder e O'Dwyer (2016) no âmbito das unidades de pronto atendimento no município do Rio de Janeiro, as quais também funcionam com sistema de prontuário eletrônico, com melhora no registro dos atendimentos após a informatização, mas com reduzida utilização dos dados pela gestão local das unidades.

Em sua organização dos fluxos internos, a UPA se destacou pelo elevado quantitativo de protocolos implementados, tanto voltados à atuação clínica quanto dos processos administrativos. Os protocolos administrativos tem como finalidade orientar as atividades e fluxos de rotina na unidade. Já os protocolos clínicos são específicos por categoria profissional (protocolos para conduta médica, de enfermagem para a classificação de risco) e foram elaborados pela Organização Social (OS) que gerencia a unidade, com participação dos coordenadores e gerentes dos diferentes serviços de sua responsabilidade.

Tem protocolo de convulsão, dor torácica, pneumonia, infecção do trato urinário, são dezoito patologias com protocolos. Foi uma discussão com todos os coordenadores médicos das [15] unidades do IMIP. (Coord. UPA 1)

Todos os setores tem protocolos, sem exceção. [...] Por exemplo, comecei a fazer um exame que não fazia, de Gasometria. Com o novo laboratório a gente passou a fazer, então eu pedi pra introduzir o POP de gasometria. [...] O de classificação de risco foi elaborado pelos 15 coordenadores de enfermagem. [...] E validado, que é o protocolo da rede IMIP [**grifo nosso**] (Coord. UPA 2)

Um estudo no Estado de Santa Catarina diverge do apresentado acima, pois demonstra ausência de normatização nas UPA relacionada aos serviços de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2015).

Sobre a existência de espaços formais de comunicação na rotina da unidade, foram identificadas reuniões regulares entre os profissionais de mesma categoria profissional. No entanto, não há estímulo para a interação entre os sujeitos das diferentes categorias. Além das reuniões, os profissionais referem que atividades que exigem um diálogo interprofissional, como discussão de casos e elaboração de plano de cuidados individuais pela equipe assistencial não estão formalmente incorporadas ao processo de trabalho, e que o mais próximo disso são conversas informais, “de corredor”. Cabe ressaltar que essas atividades também foram

reportadas pelos profissionais como inadequadas ao serviço, em decorrência das suas características assistenciais, cujo período de permanência do paciente é curto e inviabiliza algumas ações.

Só se for uma coisa totalmente informal. “Ah, estamos discutindo um caso de um paciente...” meio que conversa de corredor, mas não. (Enfermeiro UPA)

Existe reunião médica, que o diretor chama, mas assim, reunião interdisciplinar, discussão de caso clínico, não. Porque aqui é uma UPA, não é unidade hospitalar, então é diferente. (Médico UPA)

Já os coordenadores da UPA24h, diferente dos profissionais da assistência, demonstraram uma maior propensão em reconhecer momentos da rotina de trabalho como oportunos à discussão de casos críticos e ao trabalho em equipe, a exemplo da “passagem de plantão” e as reuniões da Comissão de análise de óbito. As coordenações também se diferenciam por possuir reuniões regulares de colegiado, que contam com a representação de todos os chefes dos setores, espaço que possibilita um diálogo intersetorial na unidade. Nesse sentido, é provável que a ocupação de determinados espaços, como as reuniões de colegiado, permitam aos coordenadores uma visão mais abrangente a respeito da unidade, o que não necessariamente está refletido no trabalho dos profissionais assistenciais, que acabam restritos as suas funções de categoria, com um processo de trabalho mais fragmentado.

Salienta-se que as normativas que regem a UPA24h (BRASIL, 2002; 2003; 2011a) não especificam elementos do processo de trabalho voltados à discussão sistemática dos casos entre a equipe de profissionais, o que poderia justificar a percepção dos profissionais assistenciais sobre sua incompatibilidade com o serviço. Por outro lado, a implantação de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, classificação de risco e de procedimentos administrativos são determinados como competência da unidade pela normativa que a rege (BRASIL, 2011a), o que justificaria serem referenciados pela unidade participante do estudo.

Destarte, observa-se que na UPA24h há elevada informatização dos registros e processos, assim como normatização de fluxos, demonstrando organização e controle das suas atividades. Já a comunicação interna se mostrou mais evidente no âmbito dos coordenadores, pois entre os profissionais assistenciais esteve mais restrita a discussões por categoria.

Ademais, a percepção dos profissionais sobre a impossibilidade de realizar atividades interdisciplinares na UPA24h aponta para um perfil do serviço no qual não cabe outra lógica além do pronto atender e resolução da demanda imediata.

No que tange a APS, a informatização no município em estudo estava em processo implantação no momento da coleta de dados. Foi referido que a totalidade das unidades localizadas em zona urbana e mais da metade das unidades em zona rural já utilizavam o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), porém sem acesso à internet. Nesse caso, com o PEC *offline*, é necessário ter ao menos uma versão *on-line* no município para envio das informações ao Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB/e-SUS (BRASIL, 2018). Assim, a transmissão dos registros estava acontecendo por meio de um *pen drive* para a central do município, que periodicamente sincronizava os dados com a base nacional.

As percepções dos sujeitos da APS, assim como da UPA24h, também convergiram favoravelmente à informatização, com identificação dos benefícios do PEC no acesso facilitado às informações dos prontuários, histórico dos pacientes e ganho de agilidade na transferência dos registros para o Ministério da Saúde.

Em contrapartida, as dificuldades listadas foram diversas, a exemplo de quedas de energia, trava do sistema, computadores quebrados, falta de adaptação do PEC para as visitas domiciliares e, principalmente, a dificuldade no manejo da ferramenta. Para os médicos, uma das questões mais significativas foi sobre a segurança do PEC, pois não há como assinar os registros feitos, provocando a sensação de que as informações poderiam ser facilmente manipuladas. Ademais, o próprio prontuário eletrônico, a partir da prescrição digitada pelo médico, gera documentos como receituário e encaminhamentos para serem entregues aos usuários. No entanto, a gestão não dispõe de impressora nem dispensa o uso da guia física numerada no caso dos encaminhamentos, ou seja, não legitima os impressos em folha comum e exige que os profissionais realizem duplo registro, no PEC e na guia de encaminhamento.

A médica da USF OP optou por custear seu equipamento de impressão para garantir a agilidade ao menos na entrega dos receituários. Já a médica da USF RM seguiu trabalhando conforme a oferta da gestão, embora tenha reiterado as limitações descritas.

O que escrevi ali eu não assinei. Então em tese aquilo é um documento, mas não é. Se houvesse uma forma de imprimir nem que seja a conclusão do atendimento e a gente assinar e arquivar, eu diria que era o modelo perfeito.
(Medico USF RM)

Fica evidente que a insegurança do profissional diante do uso dos prontuários eletrônicos ainda é uma questão para os serviços de saúde ao incorporarem sistemas informatizados, visto que tanto na UPA 24h quanto nas USF essa problemática foi levantada. Por outro lado, observa-se que a UPA garante a existência e funcionamento de impressoras para

a criação de documentos físicos que legitimam a veracidade dos registros, o que não ocorre na APS.

Também se pode afirmar que o prontuário eletrônico implantado na APS, assim como na UPA, favoreceu a construção do raciocínio clínico e o resgate das informações individuais do usuário, mas não está diretamente relacionado à benefícios na comunicação entre os profissionais das equipes mínimas. Foi, no entanto, associado a prejuízos na comunicação com profissionais do NASF, visto que esse núcleo não possuía acesso ao prontuário eletrônico à época, tornando o registro mais fragmentado e dificultando a integração interna na APS e continuidade da assistência.

Porque o atendimento da minha enfermeira, independentemente de ser como for, eu converso com ela. Mas de outros profissionais eu perco. Eu tenho que ir atrás. Aí como ele atende em 5, 6 unidades diferentes, ele as vezes nem lembra do paciente. (Medico USF RM)

O pessoal do NASF não tem o acesso, eles vão pro prontuário físico. Então termina ficando aquela informação de uma certa forma quebrada. [...] A gente só sabe os pacientes que retornam e de acordo com o que eles relatam. Mas a continuidade mesmo não tem. (Enfermeiro USF OP)

Quanto aos demais usos dos registros pela unidade, apenas o representante da gestão municipal e um profissional citaram uma utilidade: a emissão de relatórios para acompanhar o perfil das unidades. Desse modo, é possível inferir um uso restrito dos dados gerados pelos serviços da APS e uma disseminação de informação incipiente entre os profissionais.

Cabe ressaltar que os sistemas de informação utilizados nas USF não possuem interoperabilidade com o sistema utilizado na UPA ou com qualquer outro serviço da rede, ou seja, o histórico das informações dos pacientes e respectivas condutas a que as unidades tem acesso são exclusivos do seu próprio serviço, sem nenhum tipo de integração.

Nesse sentido, a análise dos dados indica que apenas a implementação do prontuário eletrônico nas USF não tem contribuído para uma efetiva comunicação, nem interna nem externamente às equipes mínimas. Para tal, outros fatores foram identificados necessários, como equipar adequadamente os serviços e prover um sistema de informação integrado que favoreça o compartilhamento de informações. Assim, o que se percebe é que a informatização, nos moldes apresentados nestes serviços, tem se restringido a funcionar como ferramenta de apoio às consultas clínicas individualizadas, e não está favorecendo a comunicação entre os profissionais, criando obstáculos que requerem outras soluções.

Diferente dessa realidade, há estudos que identificaram a informatização dos registros como elemento facilitador da coordenação do cuidado, mas em contextos diferentes nas localidades investigadas (UCHIMURA et al., 2015; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017). O município de Curitiba, por exemplo, possui um sistema integrado que interliga as unidades de APS e UPA desde o ano 2000 (UCHIMURA et al., 2015). Já no município do Rio de Janeiro, a maioria dos registros clínicos na APS eram realizados em prontuário eletrônico desde 2012, porém sem integração com demais serviços (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017). Entende-se assim, que o processo de informatização é, como todos os outros processos decorrentes da descentralização, produto das possibilidades econômicas, técnicas, políticas e sociais de cada local.

No tocante à organização dos fluxos internos na APS, pouco se citou a existência de protocolos, à exceção do protocolo de acolhimento. A eSF OP referiu utilizar suas próprias fontes bibliográficas, uma vez que o município não dispunha de protocolos clínicos formais. Já os profissionais da USF RM, quando questionados, afirmaram utilizar os protocolos ministeriais sobre Atenção Básica para direcionar os grupos prioritários nas ações programáticas e de acolhimento. Vale salientar que nenhum dos protocolos citados pelas USF foi resultado de construção coletiva com os atores da rede, assim como não são de uso compartilhado entre a UPA e a APS. Na literatura, estudos realizados em outros locais da região Nordeste tiveram achados semelhantes sobre o uso de protocolos na APS (ALELUIA et al., 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

As reuniões de equipe foram citadas como momentos importantes de diálogo entre a equipe multiprofissional. Considerando que cada USF é conformada por três eSF, foram relatadas a realização de três conformações de reuniões, com participantes e periodicidades diferentes: (1) com a equipe mínima, quinzenalmente; (2) com todas as equipes, mensalmente, conduzida pelas respectivas coordenadoras de unidade; (3) da enfermeira com os Agentes Comunitários de Saúde. As plataformas virtuais de mensagens instantâneas também foram reveladas como novas estratégias incorporadas a rotina de trabalho, com potencial de facilitar a comunicação da eSF, ainda que se configurem como um espaço informal.

Pode-se afirmar que a participação dos profissionais nas reuniões de equipe é uma atribuição que já está bem estabelecida nas normativas da APS, com orientações para que sejam voltadas ao acompanhamento e discussão do trabalho da equipe, assim como à avaliação sistemática das ações realizadas (BRASIL, 2011a; 2017). Nesse sentido, ambas USF analisadas demonstraram realizá-las.

No entanto, para atividades como discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singularizados (PTS), os achados variaram. Os profissionais da USF RM relataram não conseguir desenvolvê-las, à exceção de demandas muito específicas, e mencionaram como dificuldades a falta de tempo e o excesso de famílias cadastradas na unidade, com grande demanda assistencial. Já os profissionais da USF OP demonstraram um melhor diálogo interno, com referência à discussão de casos na equipe, embora de modo não sistemático. No entanto a construção de PTS também foi identificada como um grande desafio, sobretudo na articulação junto à equipe do NASF para o apoio matricial. Apesar dos diferentes achados entre as eSF RM e OP, os profissionais de ambas as equipes se mostraram propensos às discussões de caso e elaboração de PTS.

Nesse aspecto, é relevante pontuar que a PNAB (BRASIL, 2017) possui um nível de detalhamento do processo de trabalho superior à PNAU (BRASIL, 2003), em especial no que tange a gestão da clínica, e cita ferramentas como a discussão de casos, PTS, planos de ação e linhas de cuidado, o que poderia ser um dos elementos a explicar os achados nas equipes analisadas.

Aproximando-se dos resultados dessa pesquisa, Aleluia e colaboradores (2017) identificaram a inexistência de discussão de casos complexos entre profissionais da APS em um município da mesma Região Interestadual, enquanto Ferro e colaboradores (2014), na cidade de Curitiba, identificaram que o excesso de demanda e falta de tempo das equipes de saúde da família traduzem-se em barreiras para o exercício de diferentes atividades interdisciplinares.

Por outro lado, estudos utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificaram que, no município do Rio de Janeiro, 95,3% das equipes afirmam promover reunião semanal para discussão de casos complexos e construção de PTS (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017), além de sugerir que equipes que recebem apoio matricial apresentam melhor desempenho na integração com a rede de serviços de saúde, pois qualificam as práticas e dão sustentabilidade para a construção de uma rede de atenção à saúde integral e universal (CHAVES et al., 2018).

Posto isso, conclui-se que equipes multiprofissionais existem em todos os serviços estudados, porém estas nem sempre estão instrumentalizadas para uma atuação compartilhada. Este fato impacta diretamente nos demais modos de integração, na produção de valores e oferta de serviços para o usuário, sendo as USF especialmente prejudicadas por essa forma de atuação profissional, cujo reforço a categoria médica como eixo central do processo de trabalho

fortalece o modelo biomédico, repercutindo no baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe.

4.2.2. Perfil de atendimento das unidades

Conforme apontado anteriormente, a UPA 24h em estudo é a única do município. Classificada como porte I, possui 4 leitos para atendimento de urgência com classificação vermelha, 12 leitos para urgência com classificação amarela e um leito de isolamento. São ofertados atendimentos 24h por dia, sete dias por semana, em clínica médica adulto e urgência odontológica, sem a existência de atendimento para especialidades como ortopedia e traumatologia, pediatria e ginecologia/obstetrícia (RELATÓRIO UPA, 2017). Quanto aos exames complementares, possuem um laboratório de referência para análises clínicas, raio X e eletrocardiograma (ECG) com laudo via telemedicina. Não realizam exames complementares de maior complexidade ou avaliações de especialistas e, caso necessário, os usuários serão regulados para alguma unidade hospitalar para internamento ou orientados a retornar à APS para solicitação de atendimento ambulatorial.

No seu perfil de atendimento, predominaram os pacientes de baixo risco, com prevalência das classificações na cor verde (cerca de 77% dos atendimentos), que somados a proporção de classificados na cor azul (cerca de 2%) alcançam o percentual aproximado de 79% dos atendimentos na unidade (RELATÓRIO UPA, 2017). Segundo os relatos, as demandas mais frequentes estão relacionadas à sintomas de: gripe, febre, quadros de algia (principalmente cefaleia, disúria, lombalgia, dor torácica, cólicas menstruais), violência autoprovocada e hipertensão e diabetes descompensadas.

Na literatura, a prevalência de ‘uso inadequado’ dos serviços de emergência variou consideravelmente, entre 10 e 90% dos atendimentos, a depender do critério utilizado para essa definição (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Estudos mais recentes, em países como o Canadá, Inglaterra e França, apontam um percentual de até 30% de uso não urgente de departamentos de emergência (SANCTON et al., 2018; O'KEEFFE et al., 2018; NAOURI; RANCHON; VUAGNAT, 2020), bem distante dos achados demonstrados aqui. Já em estudos nacionais sobre as UPA 24h, foi recorrente a identificação de um perfil de atendimento predominantemente de baixo risco, e com critério de uso não urgente baseado na classificação de risco no momento do acolhimento, os percentuais foram mais próximos desta pesquisa, entre

45,9% e 73,4% dos atendimentos (BARATIERI et al., 2021; KONDER; O'DWYER, 2016; SCHAFIROWITZ; SOUZA, 2020; SOUZA et al.; 2020). Nesse contexto, não se identificou um percentual compreendido como razoável para o uso não urgente desses serviços.

Ao serem questionados se esse perfil de atendimento estaria adequado à unidade, os profissionais e gestores foram unânimes em afirmar que, embora aconteça, o atendimento aos pacientes com demandas classificadas como de baixo risco, nas cores verde e azul, não deveria ocorrer na UPA, e em determinadas falas, essas demandas foram consideradas sem importância. Também foi pontuado que condições crônicas e sintomas clínicos que perduram mais de 5 dias devem ser acompanhados, o que não é possível ser feito na UPA, uma vez que a dinâmica de trabalho é voltada ao atendimento pontual.

Nesse sentido, o entendimento é de que as demandas classificadas com as cores amarela e vermelha são as efetivamente compatíveis com a função do pronto atendimento, a exemplo de quadros sintomáticos e de difícil controle da hipertensão e hiperglicemia, rebaixamento do nível de consciência, dor aguda e dor torácica com risco de infarto.

Todo paciente vermelho e amarelo que chega nessa unidade ele é atendido. Porque qual seria meu problema? Deixar de atender o paciente grave pra estar atendendo besteiro do PSF. Talvez a quantidade de verdes e azuis que a gente atende pudesse diminuir. (Coord. UPA 2)

Quando o paciente é classificado como verde, está querendo dizer que o atendimento dele é um atendimento ambulatorial não urgente. Então ele está no lugar errado. [...] Eu não posso recusar o atendimento. Agora eu tenho que discutir com toda a rede o fato de eu estar atendendo esse paciente que não é um perfil para a UPA. Esse paciente é o perfil para unidade básica. (Coord. UPA 1).

Ainda segundo a equipe da UPA 24h, os atendimentos aos usuários com condições não urgentes são realizados pela impossibilidade de negá-los assistência, e são derivados de problemas externos, especificamente da APS. Nesse cenário, a atenção primária é compreendida como responsável pelas situações de menor gravidade clínica, e se mostra incapaz de suprir as demandas dos usuários, o que acaba por sobrecarregar a UPA 24h, que recebe os pacientes por ser unidade de porta aberta.

Ademais, os coordenadores e profissionais assistenciais da UPA referem um outro perfil de usuários que também faz uso inadequado da unidade: aqueles com necessidade de internamento hospitalar, mas que o tempo de espera pelo leito é demasiado longo, e acabam permanecendo por até semanas na unidade. Novamente a dificuldade de acesso a outros pontos da rede de saúde impacta na UPA e, nesses casos, a indisponibilidade dos leitos solicitados

afeta consideravelmente a dinâmica do trabalho assistencial, visto que exige uma outra rotina na unidade, com deslocamento de profissionais para evoluções diárias e demais cuidados relativos ao internamento, além do surgimento de demandas para outros exames diagnósticos não ofertados originalmente. Esse fenômeno das UPA como unidades de internação, em consequência das dificuldades para disponibilização dos leitos solicitados, também já foi evidenciado após análise das UPA em outro município no Brasil (KONDER; O'DWYER, 2019).

Cabe refletir, também, que a sobrecarga da UPA decorrente da indisponibilidade de leitos, a qual incorre na necessidade de assistir o paciente até sua melhora clínica ou alta, pode ser um dos motivos que reforçam o papel prioritário dessa unidade como suporte dos hospitais em detrimento a retaguarda à APS. Isso porque os usuários oriundos da integração com a APS possuem, habitualmente, uma condição de menor gravidade clínica ou buscam o uso não urgente da UPA enquanto os profissionais estão sendo responsabilizados pela resolução de situações de maior complexidade clínica. Acabam, portanto, considerando as questões que envolvem a integração com a APS menos relevantes para o serviço e preterem a responsabilidade legal da UPA de se articular à atenção primária de modo efetivo.

Seguindo para a análise do perfil de atendimento na Atenção Primária, cabe destacar que a rede assistencial do município conta com 90 equipes de saúde da família distribuídas territorialmente em 44 unidades de saúde (PETROLINA, 2013). Seus atendimentos funcionam de segunda a sexta-feira, habitualmente de 08 as 12h e de 13h as 17h, à exceção das unidades em zona rural, que realizam um horário estendido, de 07 as 14h.

Na gestão municipal anterior a da coleta de dados, ocorreu uma reestruturação dos serviços de saúde para o que foi denominado de 'sistema AME – Assistência Multiprofissional Especializada', no qual algumas equipes da Atenção Primária foram agrupadas em unidades 'AME Saúde da Família'. Estas foram construídas com infraestrutura capaz de comportar até 04 eSF (PETROLINA, 2013), e no que tange os atendimentos de urgência/emergência, possuem sala específica para a realização do acolhimento e sala de observação, também verificadas no momento de visita da pesquisadora. Ressalta-se que ambas as USF participantes dessa pesquisa estão alocadas em unidades do tipo 'AME Saúde da Família', o que não foi intencional, visto que a seleção se deu por outros critérios não relacionados à estrutura física.

A respeito dos procedimentos ofertados nas USF que podem atender a demandas espontâneas e/ou urgentes, os entrevistados relataram sobre a realização de nebulização, oxigenoterapia, pequenas cirurgias e suturas, curativos, drenagem de abscessos, exérese de

unha, coleta de sangue para exames laboratoriais básicos e administração de medicação por via intramuscular e venosa. Assim, é possível afirmar que as USF em estudo apresentaram estrutura física compatível com o atendimento inicial de urgências, e demonstraram realizar um leque variado de procedimentos para seu nível de atenção, achado compatível ao estudo de Girardi e colaboradores (2017), no qual os profissionais da rede PEBA relataram realizar um maior percentual de procedimentos na APS quando comparados a outras regiões de saúde de diferentes regiões do país.

Por outro lado, a oferta de insumos necessários aos procedimentos foi descrita com limitações, como revelado pela gestão municipal sobre a indisponibilidade de torpedos de oxigênio, que não estão presentes em todas as unidades, e pelos profissionais sobre a restrição à medicamentos de urgência, sobretudo da classe dos psicotrópicos, para auxílio em crises convulsivas e psiquiátricas.

Quanto ao perfil de atendimento às urgências que chegam as unidades em estudo, os relatos indicaram, em sua maioria, casos de pequenas incisões para sutura, crise de asma, quadros alérgicos, pico hipertensivo, diabetes descompensada, infecção respiratória e dor localizada. Outras demandas como cólicas nefrética em adultos, crise de sibilância e quadros de desidratação em crianças foram apontados como frequentes apenas na USF OP, situações que variam influenciadas pelo perfil epidemiológicos dos territórios adscritos. Para todas as demandas citadas, houve a afirmação de que o atendimento inicial é realizado nas USF, incluindo os procedimentos ofertados e períodos de observação.

Indagados sobre a adequação dos atendimentos de urgência realizados na APS ao perfil esperado, a maioria dos profissionais e gestores salientou o papel da USF como porta de entrada ao sistema de serviços de saúde e seu potencial na resolução das demandas, inclusive relacionadas às urgências. Ou seja, acreditam que possuem capacidade de atender certas urgências e não se esquivam dessa responsabilidade. Adicionalmente, esses mesmos profissionais também percebem que os sujeitos vinculados aos demais pontos da rede não valorizam nem credibilizam as potencialidades de atendimento da atenção primária.

O encaminhamento dos pacientes com demandas urgentes para outros serviços é indicado pelos profissionais quando há maior gravidade, a exemplo de um trauma, corte profundo ou uma crise hipertensiva com lesão de órgão alvo. Nos casos de menor gravidade, eles relatam que o encaminhamento ocorre apenas quando não se consegue estabilizar os sintomas, ou quando não há medicamentos necessários na unidade.

Nesse sentido, pontuaram limitações na assistência às urgências, dentre as quais se destacaram: a restrição a medicamentos de urgência; a restrição do horário de funcionamento das unidades, dada a inviabilidade de assistir pacientes no horário de almoço ou final do expediente, considerando que muitas situações de urgência exigem períodos de observação; a dificuldade de condução de alguns casos por parte da equipe, decorrente da ausência de capacitação; e a percepção de que a USF não possui como objetivo principal o atendimento as urgências.

Algumas coisas de infraestrutura e de medicamentos que a gente tem uma certa dificuldade de fazer. Mas a proposta da Unidade de saúde não é essa. [...]Determinadas emergências não são competência na UBS. Então dentro do que a gente faz, até que temos um suporte bom, razoável para isso. (Médico USF RM)

Eu acho que tem muita coisa que a gente consegue fazer, mas a gente ainda poderia melhorar em atender um pouco mais caso tivéssemos capacitação [...] e se houvesse um incentivo maior ao médico de família e comunidade, porque a gente é treinado para atender uma grande quantidade de coisas. [...] A gente vai identificar caso a caso, [se] não é algo que a gente consiga lidar aqui, as vezes pela própria estrutura que a gente tem, a gente vai estar direcionando para outros lugares. Mas a maioria das coisas que chegam, a gente consegue dar conta. (Médico USF OP)

Assim, é possível destacar uma certa contradição na percepção dos profissionais da APS sobre os atendimentos de urgência. Se por um lado eles se sentem capazes, qualificados e disponíveis, demonstram entender a APS como ‘porta de entrada’ e acreditam na importância do atendimento as urgências nesses serviços, por outro lado expõem as condições que limitam o exercício dessa função, como o horário de funcionamento incompatível com esses atendimentos, a dificuldade de acesso aos medicamentos de urgência e a dificuldade das eSF em conduzir adequadamente situações de urgência, pois, de modo geral, não estão capacitadas para tal.

4.2.3. Mecanismos de comunicação e encaminhamento entre os serviços

Ao analisar os mecanismos de comunicação e encaminhamento dos usuários entre os serviços de saúde, não foram identificados dispositivos formais, a exemplo de protocolos e fluxogramas, ou qualquer outro documento de caráter instrucional que fosse de uso compartilhado pela UPA e APS. Esse achado é compatível com a observação da inexistência

de sistemas operacionais com cruzamento de informações que pudessem ser compreendidos como ferramenta gerencial comum em uso no município, e assim, fossem capazes de favorecer a integração da rede.

Considerando a APS como ponto de partida, além de não existir nenhum fluxo instituído que garanta o atendimento aos usuários na UPA24h e/ou nas unidades hospitalares localizadas no município com emergência ‘porta aberta’, também não foi identificado nenhum documento de caráter orientador para os profissionais, dificultando o encaminhamento adequado das demandas de urgência e emergência. Para contornar tal lacuna, esses profissionais utilizam informações sobre as negativas de acesso vivenciadas pelos usuários, e posteriormente relatadas a eles, para compreender a rede de serviços, conforme trecho a seguir:

Ninguém me deu [as unidades de referência] por escrito. Foi conversando com outros profissionais que descobri. [...] Muitos dos residentes e médicos aqui estão há muitos anos na cidade, então eles têm noção do que é feito onde. [...] Eu sei o que tá sendo aceito e o que não tá sendo aceito pelos pacientes que voltam. [...] Quando o paciente volta pra me contar é que eu começo a entender o que eles estão aceitando e o que eles não estão aceitando. (Médico USF OP)

Outro modo dos profissionais médicos, responsáveis majoritários pelos encaminhamentos, atenuarem essas limitações na articulação com demais serviços, são estratégias de diálogo e encaminhamentos informais como vias alternativas para garantir o acesso dos usuários, a exemplo de contatos pessoais com outros profissionais e instituições.

Especificamente para os casos de maior gravidade que chegam à APS, e na condição do usuário estar impossibilitado de se deslocar por conta própria, os profissionais relataram a solicitação do apoio do SAMU. Contudo, deixam explícita a restrição no acionamento a esse serviço, assim como certa dificuldade de acesso pela demora no atendimento.

SAMU se for necessário, né? Urgência urgentíssima, que as vezes não é nem pra UPA, já manda para outra referência. (Enfermeiro USF RM)

Embora os fluxos formais voltados às situações de urgência e emergência da APS para as referências hospitalares e à UPA não estejam definidos, os entrevistados evidenciaram uma prática recorrente entre profissionais da APS: o preenchimento e entrega da ficha de encaminhamento urgentes esses usuários, no momento em que os direcionam para outro serviço da rede de saúde.

Cabe ressaltar que este encaminhamento por escrito não é um documento institucional, ou seja, não garante o atendimento do usuário no serviço de maior complexidade. Isso ocorre porque as unidades de urgência e emergência que trabalham com o conceito de “porta aberta” possuem autonomia para definir e priorizar o atendimento da sua demanda, situação reconhecida nas falas dos entrevistados e apresentada no tópico sobre acolhimento da UPA24h. No entanto, é possível inferir que a realização do encaminhamento com o documento físico é um modo de proteção do profissional, que busca registrar os motivos da orientação na busca de outro serviço, e nesse sentido, se resguarda caso seja questionado em momento futuro a respeito da sua decisão. Além disso, essa estratégia também cumpre uma função de provocar no usuário uma sensação de segurança, pois um profissional estaria validando sua busca, conforme trecho abaixo:

As vezes eles [os usuários] tem um entendimento assim: “se eu for no hospital sozinho, não vão me dar atenção[...] Quando chegar lá e tiver o encaminhamento da unidade, vou ter uma atenção melhor (Médico USF OP)

Já Bousquat e colaboradores (2017), ao analisarem a coordenação do cuidado pela APS em uma região do estado de São Paulo, identificaram que os meios de integração entre a APS e os serviços de emergência estão restritos aos mecanismos de referência tradicionais, como fichas, protocolos de encaminhamento e o serviço de regulação, portanto diferem dos achados dessa pesquisa.

A regulação existente na Rede PEBA, a Central de Regulação Interestadual de leitos do Vale do São Francisco – CRIL, é voltada à regulação de leitos, e seu acesso e solicitação é realizado somente a partir de unidades que possuam leitos hospitalares (PETROLINA, 2013). Assim, as eSF não estão legitimadas na estrutura do SUS regional a pleitear vaga de leito hospitalar para os usuários, ainda quando identificada necessidade. Ademais, tem-se o sistema de regulação municipal (via SISREG nas unidades da APS) e regional (agendamento pela GERES para a UPAE) para a atenção especializada, mas como estes regulam usuários em situação ambulatorial, não serão aprofundados neste estudo.

Nesse sentido, a UPA se torna a unidade de atenção intermediária com possibilidade de acolher esses usuários que acessaram o sistema de saúde pela APS e que apresentam não só uma necessidade pontual de urgência e emergência, mas também demandas de internação, pelo fato de poder solicitar leito hospitalar mediante central de regulação.

É provável que essa dificuldade de articulação interinstitucional pela APS proporcione um reforço ao poder do médico que se encontra nas unidades de média e alta complexidade,

uma vez que determina quais sujeitos tem acesso ao serviço. Esse processo favorece à lógica hospitalocêntrica, pois não distribui o poder e *status* na rede de serviços, fortalecendo a ideia de que outros serviços são mais resolutivos e possuem profissionais mais competentes que unidades da atenção primária, cujas limitações institucionais contribuem para reiterar a noção de ineficiência.

Quanto ao retorno formal de usuários encaminhados, os relatos da APS demonstram a elevada dificuldade em obtê-la. Em alguns momentos, fala-se em inexistência de contrarreferência para as situações de urgência e emergência. Entretanto, ao tratar especificamente da UPA, há relatos sobre a entrega de uma “carta” para a eSF, contendo a descrição da demanda do usuário, embora este documento seja esporádico, de conteúdo questionável e emitido pelo assistente social, que na percepção dos médicos não deveriam ter essa atribuição.

Não há contrarreferência. Não existe, é mito. [...] Em algumas situações, que não é a sua maioria, ele vem [da UPA] com uma cartinha. Não é propriamente uma contrarreferência. É sempre assim: “você precisa voltar na unidade de saúde para você pegar a guia para ir ao cardiologista”. “Você precisa ir na USF para pegar uma guia para ir ao endócrino”. (Médico USF OP)

A falta de regularidade na carta de contrarreferência apresentada pela UPA para a APS pode ser justificada pela própria organização do fluxo da UPA. Isso porque, uma vez que o profissional do serviço social é o responsável pela emissão da “carta” de (contra)referência, apenas passam pelo atendimento desta categoria uma pequena fração dos usuários acolhidos na UPA, cuja classificação foi na cor azul e concordaram em esperar o atendimento do serviço social, conforme descrito na sessão do acolhimento. Adicionalmente, a ocorrência reduzida da contrarreferência pode ser explicada pela compreensão dos profissionais da UPA sobre seu papel nessa comunicação, descrita a seguir.

Os representantes do seguimento gestor da UPA foram categóricos em afirmar que não identificam razões para realizarem um papel ativo na referência e contrarreferência para a APS. A compreensão destes sujeitos está baseada na afirmativa de que a UPA trabalha com ‘porta aberta’, e, portanto, não caberia receber referência e nem, por conseguinte, realizar a contrarreferência.

Ou a gente encaminha para hospital ou para alta. Simples assim. Para a unidade básica existe em situações pontuais. Por exemplo: pacientes recorrentes, o serviço social faz contato com a USF. (Coord. UPA 1)

A gente não tem como ficar notificando o município, senão a gente não vai fazer mais nada, vai passar o dia inteiro notificando o município. Porque se eu atendo 350 pacientes por dia, 320 são verdes. Então assim, a gente atende o paciente e diz “olha, procure o médico do posto” (Coord. UPA 2)

Os relatos evidenciam o quanto o trabalho da UPA é compreendido pelos coordenadores de modo deslocado da APS. O discurso demonstra ainda uma percepção restrita sobre a atuação em rede, já que os usuários que residem em território adscrito pela atenção primária possuem serviços de referência independentemente de serem referenciados formalmente ou não. Este é um ponto de bastante relevância na discussão sobre a integração entre os serviços, uma vez que a autonomia institucional se mostra superior à integração, distanciando-se do equilíbrio necessário para se operar serviços em rede.

Ressaltou-se, também, o volume de pacientes de baixa urgência atendidos na UPA diariamente, sendo a incorporação formal da contrarreferência percebido como um mecanismo inexecutável, pois ocuparia demasiado tempo de trabalho.

Diferentemente dos gestores, para os profissionais que prestam assistência a contrarreferência é valorizada. Assim, foi reconhecido por estes sujeitos que a UPA realiza a entrega de uma carta de retorno no caso de usuários em situações não-urgentes. Um dos profissionais também afirma registrar por escrito a contrarreferência de pacientes atendidos na unidade.

A gente faz, pelo menos eu faço por escrito, devolvendo-o para a atenção básica, para que seja encaminhado para o especialista ou conduzido realmente para as políticas da atenção básica, ou programas. (Médico UPA)

Assim, em síntese, pode-se afirmar que a contrarreferência da UPA24h para a APS não acontece para a maioria dos casos. Quando ocorre, é por meio de três estratégias: ou é com uma “carta” informal elaborada pelo serviço social; ou, eventualmente, um médico pode fazer a próprio punho; ou são realizados contatos telefônicos, tanto pelos assistentes sociais quanto pelos coordenadores. Esta última estratégia, e conforme descrito no tópico da comunicação entre os serviços, ocorre por meio de contatos pessoais prévios, que expõem a estreita relação entre os sujeitos ocupantes dos cargos de gestão do município e da UPA.

Geralmente se for alguma coisa muito diferente eu ligo para a Secretária Executiva que ficou no meu lugar. A atual Secretária de Saúde aqui de Petrolina é a ex-coordenadora geral da UPA. [A atual] está no lugar [dela, que atualmente] é a Secretária de Saúde. Entendeu? Então a secretária de Saúde

era coordenadora aqui da UPA. Quando a gente tem algum problema a gente liga “ó, tô com um paciente assim que está precisando” (Coord. UPA 2)

Para os profissionais da APS, a iniciativa da UPA em fazer ligações só foi citada por uma enfermeira e pela gerente municipal, porém numa perspectiva de que entram em contato para “fazer reclamação”, evidenciando uma inconsistência de percepções.

Em relação a contrarreferência dos serviços de urgência e emergência para a APS, muitos estudos também sinalizam sua inexistência (ALELUIA et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2017; KONDER; O'DWYER, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Em outro estudo no Rio de Janeiro, foi identificado que a comunicação eletrônica, a teleconferência e o Telessaúde foram pouco utilizados para comunicação interprofissional, sendo o telefone o canal mais disponível para os profissionais. Já a internet apresentou menor disponibilidade, sendo este achado compreendido como representativo de barreira para estratégias que exigem conectividade (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

A estreita relação entre os sujeitos ocupantes dos cargos de gestão neste município, já apontada na estratégia de contrarreferência por meio do contato telefônico, também fica evidente na relação da UPA com o SAMU. Embora possua uma ambulância própria, utilizada exclusivamente para o transporte dos pacientes regulados para outras unidades de saúde, chamou atenção os relatos de apoio do SAMU à UPA em situações que não o competiria, significativamente diferente do observado na APS, conforme relato a seguir.

Nossa relação com o SAMU é de muita parceria. A diretora do SAMU é minha enfermeira, porque quando eu estava na secretaria eu a coloquei na Diretoria do SAMU, então ela é muito competente. Tudo que a gente precisa do SAMU eles ajudam a gente. A gente quebrou nossa ambulância durante uma semana, o SAMU ficou fazendo todas as nossas remoções. É de grande valia o fato do profissional ser [da mesma entidade filantrópica que gerencia a unidade], porque ela sabe do nosso problema aqui de não regular o paciente, então ela empresta ambulância de madrugada para levar paciente pra Recife (Coord. UPA 2)

Assim, embora não seja possível avaliar a real necessidade de apoio que a UPA possua, nem a gravidade dos casos que o SAMU a auxilia no transporte, fica claro a disparidade no modo como este serviço móvel se relaciona com a UPA e com a APS. E diante da correlação exposta sobre a importância das relações interpessoais e de influência política como facilitador do diálogo da UPA com o SAMU, é pertinente, neste estudo, o questionamento técnico e ético nesse processo.

Ademais, a equipe da UPA descreve grande dificuldade no encaminhamento dos pacientes para as referências hospitalares da Rede PEBA, conforme já sinalizado no tópico anterior, o que interfere significativamente na dinâmica de trabalho e no período que os usuários permanecem na unidade. Reflete, por exemplo, na necessidade de deslocar diariamente os profissionais da linha de frente da urgência e emergência para que realizem evolução nos leitos, liberação das prescrições diárias e atividades complementares, que destoam da proposta de um pronto-atendimento.

Embora sinalizem todas as limitações da CRIL, estes profissionais entendem que a causa dessa dificuldade está relacionada à baixa oferta de leitos na região, com relato de superlotação e precarização dos serviços. Identificou-se, também, que há dificuldade da CRIL em se efetivar como gestão de leitos, uma vez que depende da disponibilização do leito no sistema da central de regulação. Conforme relato, existem unidades que fazem sua própria gestão interna dos leitos, dificultando o acesso via regulação. Esta informação se relaciona com os encaminhamentos informais para os hospitais, mediante contato entre profissionais médicos, inclusive oriundos da APS, e expõem ainda mais o poder que profissionais das unidades hospitalares exercem na rede assistencial e no acesso a determinados serviços de saúde

Na literatura nacional, um estudo sobre as UPA do Rio de Janeiro também evidenciou uma realidade na qual o principal recurso alternativo de integração esteve baseado nas relações pessoais como cotidiano de sobrevivência na rede, visto que não existem fluxos formais para referenciar usuários da APS para as UPA, nem mecanismos que facilitem o acesso para situações avaliadas previamente pela APS (KONDER; O'DWYER, 2016), semelhante, portanto, ao achado desta pesquisa. Outros estudos também identificaram equipes de APS com participação frágil no referenciamento de situações de urgência e emergência (ALELUIA et al., 2017).

A respeito de outros mecanismos de comunicação entre os diferentes serviços, o único espaço formal de diálogo revelado foi uma reunião promovida pela Gerência Regional VIII do estado de Pernambuco (GERES VIII), no qual já houve discussão a respeito da relação entre APS e UPA24h, a exemplo da busca recorrente dos usuários à UPA para administração de penicilina benzatina. Ainda assim, houve inconsistência nos relatos quanto a periodicidade dessas reuniões e a constância na participação da APS e UPA.

Tem algumas reuniões que a GERES promove com o secretário de saúde da nossa regional. A gente consegue evoluir para consertar alguns enganos. Por exemplo: a gente recebia muito paciente para aplicação da penicilina

benzatina [...] É reunião mensal, você pode mandar pauta para ser discutido (Coord. UPA 1)

Tem a reunião com a 8 GERES, que em alguns momentos é convidada a atenção básica dos municípios com a UPA, com a regional de saúde, para discutir temas pontuais, mas isso não tem data marcada, não tem agenda, não é periódico. Só situações pontuais. (Coord. APS)

Destaca-se, portanto, que no município em estudo não há espaços e/ou momentos formais que integrem especificamente a APS à UPA. A reunião promovida pela GERES se mostrou ser o único encontro com potencial de discussão dessa relação, apesar da periodicidade irregular e do leque de pautas possíveis a serem tratadas pela Gerência Regional.

Em seu estudo sobre as UPAs no Rio de Janeiro, Konder e O’Dwyer (2016) também registraram a ausência de um formato de comunicação/interação determinado entre as UPA. Também se observou uma variabilidade de sistemas de informação utilizados nas unidades de pronto atendimento analisadas, considerado potencial obstáculo na ampliação da informatização da rede (KONDER; O’DWYER, 2016).

4.3. AS DEMANDAS DOS USUÁRIOS E SUAS NECESSIDADES PERCEBIDAS

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos a partir das percepções dos usuários classificados com demandas de baixa urgência no momento da busca à Unidade de Pronto Atendimento 24h, a fim de identificar os motivos que os levaram à UPA e os possíveis fatores associados na escolha desse serviço em detrimento da APS.

4.3.1. Os motivos da busca dos usuários à UPA

Logo que questionados a respeito do motivo da busca à UPA24h, os usuários investigados evidenciavam suas demandas clínicas. Nesse sentido, os relatos de queixa de dor foram unânimes, com variações de local, intensidade e tempo de início, destacando-se: dor de cabeça; dor/infecção de garganta; dor na coluna; e dor em todo o corpo acompanhada de febre. Essas demandas convergem com o perfil de usuários de baixo risco que frequentemente buscam à UPA relatado por seus profissionais e gestores e descrito no tópico “perfil de atendimento”.

Quanto à autopercepção de urgência dos usuários, além de responderem, de modo predominante, com afirmações positivas a respeito da urgência dos seus sintomas, esses sujeitos relataram dificuldades na manutenção de suas rotinas e realização das atividades laborais. Assim, demonstrou-se que a autopercepção de urgência esteve presente nos relatos de quase todos os usuários entrevistados, e que essa percepção teve relação com sintomas, a exemplo da dor, que estavam afetando a execução das atividades diárias, independentemente do seu tempo de início. Corroborando com esse achado, estudos indicam que a autopercepção de urgência do indivíduo sobre sua condição apresenta elevada associação com a procura pelos serviços de urgência (BURNS, 2017; SOUZA et al., 2020).

No que tange à distância das unidades, a maior parte das USF foi referida como próxima as residências, com deslocamento de cerca de 10 minutos a pé, à exceção de alguns moradores da zona rural. Já as distâncias entre as residências dos usuários e a UPA24h apresentaram grande variação, a exemplo de deslocamentos com intervalo entre cinco minutos e duas horas, a depender, também, dos diferentes meios de transporte utilizados. Ainda assim, o deslocamento aos serviços e a distância entre o domicílio do usuário para a USF e para a UPA não se mostrou um elemento determinante na decisão de busca aos serviços entre os usuários entrevistados.

Entretanto, a noção de que maiores distâncias entre o domicílio e os serviços de saúde (tempo de viagem maior do que 30 minutos) se configuram como barreiras geográficas no acesso do usuário está presente na literatura (STAFIELD, 2002), assim como a proximidade ao pronto atendimento pode favorecer uma busca recorrente a esse serviço (BURNS, 2017).

Ao investigar a existência de tentativa prévia de acesso à APS pelos usuários, para posterior ida à UPA24h, chamou atenção que nenhum dos sujeitos com relato de sintoma associado a quadros crônicos agudizados buscaram a APS, mesmo os que se dizem acompanhados por uma eSF. Três pontos foram destaque no discurso desses usuários e podem estar relacionados a esse comportamento, quais sejam: (a) o entendimento de que a Atenção Primária não realiza atendimento de urgência; (b) a existência de pelo menos uma experiência anterior de busca à APS na qual sentiram dificuldade no acesso e/ou (c) na qual ele buscou a APS, não teve sua demanda resolvida e um profissional acabou o direcionando à UPA24h.

Eu não fui [para a USF] porque você chega lá, eles encaminham pra UPA. Aí eu digo 'não, vou logo pra UPA. Porque eles encaminham pra cá. Eu fui com meu menino que teve um negócio na mão, um abscesso, encaminhou pra cá. Quando chegou aqui, já foi encaminhado pro [Hospital do] Trauma. Aí foi voltando, indo e voltando." (Usuário 11)

Os usuários entrevistados com queixas de agravos agudos sem associação a condições de cronicidade e que não procuraram atendimento na APS relataram situações semelhantes às supracitadas, de pouca resolutividade em algum momento pregresso de busca à atenção primária ou de orientação dos próprios profissionais para se dirigir à UPA24h.

Em relação aos pacientes que tentaram atendimento nas unidades da APS antes de se direcionarem a UPA, representados por parte dos sujeitos com quadros agudos pontuais, também se destacaram os relatos de barreiras de acesso, como a ausência de profissional médico, o não atendimento de urgência nas USF, dificuldade de agendamento de consulta em tempo oportuno - quando a consulta de urgência não é possível, e a não priorização dos atendimentos urgentes na APS, que por vezes são deixados para o final do turno, como um 'encaixe' entre os atendimentos agendados, e que, assim, promovem uma longa espera sem garantia de atendimento.

Nesse sentido, observa-se que a escolha pela UPA nos casos de demanda de baixa urgência analisados, precedida ou não de tentativa de acesso à APS, não se mostrou infundada ou fruto do desconhecimento dos usuários sobre a rede de serviços, mas, sim, resultado de experiências anteriores de barreiras no acesso à APS, no momento em que julgam sua demanda como urgente.

Entendendo que o usuário procura assistência em locais que lhe proporcionem maior possibilidade de acesso, o estudo de Oliveira, Mattos e Souza (2009) pontua que a apreensão da realidade por esses sujeitos também considera regras não ditas ou não normatizadas, e com base nas suas necessidades, reinterpreta essas regras e constroem estratégias, a fim de garantir o atendimento que julgam mais adequado.

Já a respeito da orientação à busca ao pronto atendimento, feita por profissionais da APS e relatada como recorrente pelos usuários, um estudo no município de Ribeirão Preto teve achado semelhante, e refletiu que esse comportamento gera percepções negativas para a APS (GOMIDE et al., 2018).

No entanto, cabe ressaltar que todos os usuários participantes da pesquisa buscaram a UPA por conta própria, ou seja, foram autorreferenciados, sem que houvesse recomendação direta de outros serviços e profissionais da saúde, embora possuam esses relatos de experiência anterior. A literatura ainda aponta que usuários que buscam o serviço de emergência por conta própria possuem mais chances de usá-lo de forma inadequada em comparação com aqueles encaminhados por um profissional de saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Ademais, foram investigados outros elementos a partir da perspectiva do usuário, como a percepção que esses sujeitos possuem de ambos os serviços. Quanto à UPA24h, mostraram-se frequentes quatro noções: maior facilidade no acesso, rapidez no atendimento, percepção de resolutividade e maior confiança/credibilidade na assistência prestada. Já em relação a APS, foram recorrentes as percepções de dificuldade no acesso e de que os usuários com demanda espontânea são preteridos em relação aos agendados, além de pouca resolutividade e baixa confiança e credibilidade em relação ao atendimento. Essas percepções serão detalhadas a seguir.

Em relação à percepção do acesso aos serviços, os usuários relataram ser mais fácil visitar o pronto-atendimento do que buscar um atendimento imediato ou reservar um tempo para marcar uma consulta na APS. Isso porque, para eles, a UPA24h demonstra ser muito mais ágil no atendimento inicial, com garantia de primeira escuta, enquanto na APS o atendimento inicial esteve acompanhado de relatos de longa espera, o que se evidenciou com frequência como motivo de insatisfação.

Por isso mesmo que eu procurei aqui hoje e fui atendida em 20 minutos. Eu passei 1h no postinho, não tem nem comparação. [...] Prefiro ir na UPA, porque na UPA eu acho que eu vou [ser atendida] (Usuário 3)

Esse cenário de demora no atendimento se repete em relação as consultas médicas agendadas na APS, com relato dos usuários de tempo de espera médio entre 10 a 15 dias, corroborando com os demais relatos já descritos. No caso da longa espera para as consultas, Gomide e colaboradores (2018), indicam que, além da insatisfação provocada, faz com que o usuário se sinta lesado em relação ao direito de acesso à saúde.

Para o formato de marcação de consultas, a definição de um turno e/ou dia da semana específico ainda é predominante nos relatos, o que evidencia que o modo de funcionamento das duas USF selecionadas para o estudo (denominadas aqui de “OP” e “RM”) permanecem como exceções do município no quesito ‘agenda aberta’, como mostram os relatos a seguir. Nesse sentido, o agendamento de consultas ainda se apresenta na APS do município com barreiras de acesso e restrições importantes sobre dias e horários.

A gente tem de ir pegar uma ficha, tem que esperar muito pra tentar marcar a consulta. E se a gente não for na segunda, não tem outro dia pra marcar a consulta. (Usuário 15)

Se chegar lá você marca, você é atendido. Porque antes tinha que pegar ficha, chegar de madrugada, passar a madrugada lá, entendeu? Ai agora mudou. Só

algumas coisas que tem que pegar a ficha, [como] um dentista. (Usuário 5 – USF OP)

Ainda a respeito do acesso, identificou-se, em alguns casos, a concepção de que na APS não há atendimento para usuários com demandas urgentes. Já outros entrevistados sinalizam que esse tipo de atendimento ocorre, embora se apresente com incertezas e dificuldades. Essas percepções foram acompanhadas de relatos anteriores de longas esperas na APS que terminaram com a não realização de consulta médica por dificuldade de “encaixe” do paciente, além de desconforto por se sentirem descredibilizados pelos profissionais, quando esses desconfiam das queixas apresentadas.

No acolhimento é assim, se faltar uma pessoa, eles colocam a gente de encaixe. Aí tem que ter sorte. [...] Ficaram meio assim, olhando para ver se eu estava doente mesmo, né? Aí eles colocam no encaixe. Mas não é direto, não. As vezes ficam sem querer botar no encaixe achando que a pessoa não quer pegar fila e quer entrar no encaixe para aproveitar a situação. Se é verdade ou se a pessoa não tá querendo pegar a fila de manhãzinha, né, de 5h da manhã. (Usuário 12)

Só [atende urgência] se tiver muito doente. [...] Mas urgência é por último que bota. Não primeiro, é por último. E tem vezes que não atende. (Usuário 9)

Quanto à percepção de resolutividade, foi comum nos relatos estar associada à facilidade no uso de medicações para alívio dos sintomas álgicos e oferta de insumos e procedimentos. Assim, os usuários identificaram o acesso a esses itens mais fácil na UPA24h. Também por esse ângulo, a APS foi associada a baixa resolutividade, com referência a frequente ausência de médicos nas unidades, de falta de materiais, medicamentos e oferta de procedimentos, reduzindo-a a atendimentos mais simples, e nos casos analisados, insuficientes às demandas.

Porque é muito difícil de tomar remédio lá [na USF]. Por isso eu vim pra a UPA (Usuário 5 – USF OP).

O posto só resolve meus problemas quando eu vou renovar uma receita. Pronto, aí resolve. [...] Eu sei que lá eles não vão ter o material que vai precisar para, por exemplo, fazer uma lavagem no ouvido, se tiver algum abscesso, alguma coisa assim, eu sei que lá no postinho não tem. (Usuário 7).

[A ESF resolve] só probleminha besta de mulher grávida, essas coisinhas assim. [...] Não me mande para o postinho, que se eu for não vai adiantar nada (Usuário 8)

No entanto, a resolutividade também foi percebida por alguns usuários como uma solução efetiva dos seus problemas e demandas de saúde apresentadas, e nesses casos, a UPA24h também não conseguiu alcançar as necessidades e expectativas.

Aqui [na UPA] é só um paliativo. É só pra aliviar a dor do momento. Mas pra resolver o seu problema, não. Aqui eles aconselham você a procurar o postinho, fazer exames, pra então depois descobrir o que você tem. Aqui é um pronto-socorro. A gente só vem porque é o jeito, né? Chegando aqui, você toma o remédio, volta na médica, ela pergunta se passou a dor. Se passou, vai pra casa com a doença. Não é com a dor, mas com a doença. É tanto que eu tô aqui de novo, né? (Usuário 6)

Cabe refletir, aqui, que esses usuários deixam claro que sua atuação do tipo “queixa-conduta” é insuficiente para suas necessidades de saúde, e favorece que os tornem visitantes frequentes do serviço de pronto-atendimento. Por outro lado, não reconhecem a APS como esse local que possibilita o acesso a outros serviços e/ou exames, ou ainda que auxilie na identificação do diagnóstico. Evidencia-se, portanto, dificuldades de acesso na rede de serviços de saúde.

Assim, o usuário demonstra, novamente, entender o funcionamento da rede e da unidade em que é atendido no seu cotidiano, estabelecendo juízos de valor sobre os serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Nessa espécie de ‘avaliação dos serviços’, acaba (re)conhecendo suas limitações e opta por procurar o serviço que lhe parece mais conveniente no momento, ou ainda o que lhe permite alguma possibilidade de acesso.

Finalmente, ao serem questionados sobre a confiança/credibilidade que possuíam em relação a ambos os serviços, os usuários apresentaram essencialmente três categorias de percepção, quais sejam: os que não confiam em nenhuma das unidades e profissionais, os que confiam em ambos os serviços, e os que confiam apenas na UPA24h.

Os usuários também apresentaram dificuldade em elaborar as justificativas sobre a relação de confiança que possuíam com os serviços, e, na maioria dos casos, apenas reiteraram suas afirmações. Apesar disso, elementos identificados nos discursos evidenciam possíveis razões para que a confiança dos usuários se estabeleça de modo mais frequente em relação a UPA 24h, a exemplo de percepções já exploradas acima – possibilidade de acesso à consulta médica, ausência de priorização da demanda espontânea e disponibilidade de insumos, medicamentos e procedimentos, como também ao imaginário sobre sua maior resolubilidade.

É melhor vir para um hospital porque eu acho que um hospital... apesar que acontece as coisas, né? Mas acho que a pessoa se sente mais confiante no hospital mesmo, do que no posto (Usuário 5 – USF OP).

Assim, ao analisar a perspectiva dos usuários sujeitos da pesquisa, fica evidente o descontentamento com a APS, visão baseada em suas próprias experiências com os serviços. Ainda que, por vezes, reflitam situações pontuais, essas experiências são determinantes na decisão de busca ao serviço de saúde pelos usuários, sendo fundamental para entender a utilização do pronto-atendimento. E embora identifiquem a atuação da UPA24h como algo pontual frente a complexidade de algumas demandas, preferem buscar esse local, visto que enxergam uma possibilidade acessar um profissional qualificado e de minimizar sintomas por uma perspectiva imediatista.

4.4. SÍNTESE DOS RESULTADOS E OS MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO

Os resultados apresentados neste capítulo são uma sistematização dos achados em função de cada unidade de saúde e de cada mecanismo de integração já discutido anteriormente, agora também expostos em um quadro síntese (Quadro 2) adiante.

A síntese apresentada sobre as dimensões, evidenciou que, de modo geral, predominou o preenchimento parcial dos critérios analisados, seguido por importantes lacunas que refletem ausência de diversos aspectos da integração entre os serviços. Os critérios mais presentes foram os que compõem a integração clínica. Sobre a integração funcional, as subdimensões relacionadas a comunicação entre a UPA e a APS apresentaram a maior parte dos critérios ausentes, demonstrando o quanto essa comunicação é deficitária e ineficiente. Já na integração sistêmica, se revelou que embora a estrutura física dos serviços esteja satisfatória, exceto para a totalidade da APS, não há disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico, e a gestão, seja ela a estadual/regional ou municipal, pouco apoia a integração dos serviços, além da lacuna na transparência e participação da população nos processos decisórios. E, por fim, a integração normativa, também com predomínio do preenchimento parcial de critérios, que expôs a ausência de confiança interorganizacional e o baixo compartilhamento de finalidades e objetivos entre os profissionais e os serviços estudados. A seguir, as dimensões são apresentadas de modo mais detalhado.

Quadro 2. Matriz Síntese dos Resultados: Dimensão, subdimensão e critérios utilizados na análise dos mecanismos de integração

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	USF RM	USF OP	APS	UPA	
Integração clínica	Gestão Clínica dos casos	Discussão de casos entre profissionais da unidade	◐	◑	◐	◐	
		Discussão de casos entre profissionais de unidades distintas	○	○	○	○	
		Elaboração e aplicação de plano de cuidados	○	○	—	○	
		Existência, periodicidade e dinâmica das reuniões de equipe	●	●	●	◑	
		Existência de atividades com realização compartilhada pela equipe	●	●	◑	○	
	Acolhimento	Estratégias do acolhimento na unidade	Existência e utilização de protocolos clínico-epidemiológicos	◐	◐	◐	●
			Existência e implem. de critérios de priorização de atendimento [risco e vulnerabilidades]	◑	◑	◐	◑
		Existência e funcionamento de sistemas de informação de saúde	●	●	◐	●	
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	USF RM	USF OP	APS	UPA	
Integração Funcional	Registro, uso e difusão das informações	Existência e funcionamento de sistemas de informação de saúde	◑	◑	◑	●	
		Existência de mecanismos de uso e difusão das informações entre os serviços de saúde	◐	◐	◐	◐	
	Comunicação entre serviços	Circulação da informação e comunicação satisfatória para o conjunto dos atores	◐	◐	◐	◐	
		Existência e implant. de ferramentas gerenciais comuns (Pront. eletrônico; fluxos formais)	○	○	○	○	
		Existência de espaços reais de integração APS e UPA (colegiados, reuniões, oficinas)	○	○	◐	◐	
	Encaminhamento oportuno	Estratégias de marcação de consultas	◑	●	◐	*	
		Tempo médio de espera para realização de consulta	○	○	○	●	
		Sistema de Regulação em funcionamento para situações de urgência e emergência	○	○	○	○	
		Medidas de garantia para a referência e contrarreferência	○	○	○	○	
		Estratégias informais de encaminhamento	◑	◑	◑	◑	
		Registro e controle de pacientes referenciados/ contrarreferenciados	○	○	○	○	
	Transporte Sanitário e SAMU	Sistema de transporte sanitário	○	○	○	●	
		Articulação das Unidades com o SAMU	◑	◑	◑	●	

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	USF RM	USF OP	APS	UPA
Integração Sistêmica	Apoio administrativo e financeiro da gestão local/ Estrutura física	Apoio da gestão local para a fixação das equipes	●	●	◐	●
		Distribuição e alcance territorial dos serviços	◐	◐	◐	◐
		Estrutura física dos serviços	●	●	◐	●
		Horário de funcionamento das unidades	◐	◐	◐	●
		Estrutura da assistência farmacêutica nas unidades	◐	◐	◐	●
		Disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico	◐	◐	◐	◐
	Apoio da gestão à integração dos serviços	Existência de iniciativa da gestão para definição de atribuições e integração entre UPA e AB	○	○	○	○
	Educação permanente planejamento e avaliação	Apoio institucional à capacitação dos profissionais	◐	◐	◐	●
		Estratégias de educação permanente desenvolvidas nos serviços	◐	◐	◐	◐
		Planejamento e programação nos serviços	◐	◐	◐	●
	Governança regional e disputas institucionais	O modelo de gestão terceirizada e sua articulação com os serviços	◐	◐	◐	◐
		Papel desempenhado pela Gerência Regional na relação com os serviços	◐	◐	◐	◐
		Papel desempenhado pelo Estado e município na relação com os serviços	◐	◐	◐	◐
	Processos decisórios transparentes e participativos	Participação da população no planejamento dos serviços e nas tomadas de decisão	○	○	◐	○
		Relação dos serviços com instâncias formais do controle social [Conselho de saúde]	—	—	◐	○
		Processo de definição de critérios para a alocação/construção das unidades;	○	○	○	○
		Processo de definição das categorias profissionais e especialidades nas unidades	○	○	○	○
		Adesão e participação dos profissionais no gerenciamento local dos serviços	◐	◐	◐	○

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS	USF RM	USF OP	APS	UPA
Integração Normativa	Confiança interprof. e interorganizacional	Ausência de recusa de atendimento nos serviços por discordância dos encaminhamentos realizados;	○	○	○	○
	Compartilhamento de finalidades e objetivos entre os profissionais e serviços	Compartilhamento da percepção sobre o motivo da busca dos usuários em situação de baixa urgência	◐	◐	◐	◐
		Ausência de conflito relativo à atribuição dos serviços	○	○	○	○
		Compartilhamento da percepção do papel dos serviços no atendimento a situações de baixa urgência	◐	◐	◐	◐
Integração Normativa	Perfil da unidade	Perfil de usuários atendidos nos serviços	◐	◐	◐	◐
		Compartilhamento da percepção construída sobre o perfil ideal dos serviços	●	●	●	◐
		Identificação das demandas de pequenas urgências acolhidas e atendidas pelos serviços	◐	◐	◐	◐
		Condução pela unidade dos usuários em situação de baixa urgência	◐	◐	◐	◐
		Motivos de encaminhamento dos pacientes	◐	◐	◐	◐
	Poder entre categorias	Influência da categoria profissional no trabalho compartilhado;	◐	◐	◐	○
		Categoria prof. determinante no gerenciamento do processo de trabalho nas unidades;	◐	◐	◐	◐
Percepção do prestígio/reconhecimento das categorias profissionais		○	○	○	○	

○ Ausente: inexistente, quase inexistente, não reconhecido pelos entrevistados ou insuficiente

◐ Pouco satisfatório: pontual, esporádico, desordenado, incipiente ou não uniforme

◑ Razoavelmente satisfatório: contemplado parcialmente ou frequente, porém irregular

● Satisfatório: completo, implementado, formalizado, atualizado ou ocorre regularmente

— Ignorado

* Não se aplica

Fonte: Elaboração própria

Em relação à **Integração Clínica**, na qual se considerou, sobretudo, as estratégias de articulação e práticas de saúde utilizadas em cada unidade para dispor de um trabalho compartilhado, várias questões já foram exploradas anteriormente. De modo geral, os critérios dessa dimensão estiveram presentes na dinâmica de trabalho interna das unidades, ainda que a maior parte esteja desenvolvida parcialmente.

Ressalta-se que os achados indicaram que na UPA há pouca evidência de gestão clínica dos casos, sem espaços formalizados para esse objetivo, além da percepção dos profissionais de que seriam atividades inapropriadas ao perfil da unidade. Em contrapartida, houve elevada normatização das condutas nessa unidade, e o acolhimento implementado era sistemático, normatizado e reconhecido por todos os participantes da pesquisa, embora não incluísse o critério de vulnerabilidades.

Na APS, a gestão clínica dos casos está melhor estabelecida quando comparada à UPA, no entanto, ainda voltada às reuniões de equipe, pois as discussões de casos, embora aconteçam, não estão sistematizadas na rotina das eSF, e a elaboração e implementação de planos de cuidado não foi identificada. Essas limitações da integração clínica interferem no processo de trabalho realizado nas equipes da APS, que acabam se organizando em torno do profissional médico, com repercussões na produção de valores e na oferta de serviços da ESF, onde se espera um trabalho mais compartilhado.

A normatização de condutas nas unidades em estudo se resumiu ao momento do acolhimento e, ainda assim, como iniciativa individual de cada USF, sem uniformidade no município. Também sobre o acolhimento, foram identificadas estratégias de implementação, mas com lacunas importantes no que tange a priorização dos usuários com demandas espontâneas em relação aos agendados.

Cabe destacar que, em relação a UPA24h, identificou-se uma escassez na literatura nacional de estudos que apresentassem uma análise aprofundada sobre seu processo de trabalho. Os estudos identificados são focados apenas no processo de trabalho do acolhimento e, em sua maioria, sob a perspectiva da categoria da enfermagem. Assim, reflete-se que muito se estuda e discute sobre práticas de saúde na APS, mas pouco se explora as práticas na UPA, o que pode estar relacionado a uma noção de saber já bem estabelecido em função da tradição e dos modelos de atenção predominantes.

Outro ponto que reforça essa percepção é que boa parte dos estudos já citados sobre a relação entre os serviços da APS e de urgência e emergência apontam para a necessidade de aprimoramento da APS, mas pouco refletem sobre as racionalidades e práticas dos pronto-atendimentos.

No que tange a **Integração Funcional**, e sobre as informações e fluxos internos dos serviços, os achados evidenciam que os critérios foram pouco preenchidos, sobretudo aqueles relacionados à necessidade de integração entre os diferentes serviços. Também é relevante destacar que, conforme os itens analisados, a UPA demonstrou uma melhor integração funcional que a APS.

Na UPA, há um sistema de informação em funcionamento que atende às necessidades clínicas e gerenciais para seu pleno funcionamento, embora ainda não dispense por completo o registro físico. No entanto, o uso interno e difusão das informações produzidas na UPA são reduzidos e focalizados nos coordenadores e gestores da unidade, que conseguem perceber seu uso prático e imediato, mas pouco elaboram sobre sua utilidade potencial no referido serviço de saúde para ações de médio prazo.

Na APS também existe um sistema de informação em funcionamento, no entanto se apresenta com mais limitações na dinâmica de trabalho quando comparado ao implementado na UPA. Duas das principais dificuldades levantadas foram a fragmentação no uso do prontuário eletrônico, pois não inclui a equipe do NASF no registro informatizado, criando barreiras na comunicação entre os profissionais da APS; e a insegurança no uso dessa tecnologia, visto que não colocam sua assinatura como nos registros tradicionais em papel.

Sobre essa questão, é importante refletir que a incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) não é algo simples. No cenário em estudo, os profissionais se mostraram receptivos, identificaram benefícios na incorporação do prontuário eletrônico nas USF, mas estão inseguros e se sentem vulneráveis com as condições colocadas e com o uso da tecnologia. A assinatura eletrônica é apontada por eles como a solução para garantir a veracidade dos registros, mas outras alternativas, relacionadas ao aprimoramento do próprio PEC e ao suporte no repasse de conhecimento e capacitação para os profissionais sobre o tema podem auxiliar no manejo dessas incorporações à rotina das equipes. Mais amplamente, é razoável afirmar que a existência de tecnologias informacionais, tais como o prontuário eletrônico, por si só não são suficientes para contribuir com o processo de trabalho da APS. É preciso que essas tecnologias estejam acompanhados de um conjunto de estratégias que garantam a segurança ao trabalhador, permitam o intercâmbio das informações entre as pessoas e os sistemas e, sobretudo, que estejam ancoradas numa perspectiva de modelo de atenção implicado em se aproximar dos princípios e diretrizes do SUS, pois, caso descolado, é possível que criem ainda mais obstáculos na comunicação dos serviços.

Retomando os mecanismos de integração funcional na APS, no que se refere ao uso interno e difusão das informações nas eSF, as evidências apontam para um uso restrito dos

dados gerados e uma disseminação de informação incipiente entre os profissionais que, em sua maioria, não conseguiram indicar utilidade para os registros.

A comunicação entre serviços da APS e a UPA foi descrita com importantes lacunas para a efetiva integração da rede de atenção. Não há nenhuma ferramenta gerencial comum ou outro instrumento de caráter instrucional de uso compartilhado entre a UPA e a APS. Como espaço real de integração, apontou-se apenas uma reunião promovida pela Gerência Regional, porém sem periodicidade regular e sem constância na participação de representantes dos pontos de atenção em estudo. Para além das possibilidades formais, o que se identificou foi uma circulação informal da informação e comunicação entre os serviços, por meio de ligações telefônicas, e que mesmo assim não foram percebidas como resolutivas pelos profissionais da APS.

No que tange às estratégias de marcação de consultas, ambas as USF em estudo funcionam organizadas nos moldes da ‘agenda aberta’, sem restrição de dia/turno/horário específico para o agendamento de consultas, mas apenas a eSF OP percebeu benefícios como a redução das filas para os agendamentos. No entanto, grande parte das unidades da APS no município ainda funcionam com restrições nesse agendamento. Em relação ao tempo médio de espera para realização de consultas médicas, a APS apresentou uma espera em torno de 15 dias, período muito prolongado ao estabelecido como tempo oportuno (até dois dias), sendo, portanto, insuficiente.

Mais especificamente sobre o encaminhamento oportuno, identificou-se que não há um sistema de regulação utilizado pelos serviços para as situações de urgência e emergência, assim como não há nenhum fluxo formalizado pelos profissionais e/ou pela gestão municipal que garanta o atendimento aos usuários encaminhados nessas situações. As unidades também não dispõem de registro e controle dos pacientes referenciados e/ou contrarreferenciados, demonstrando uma lacuna nesse acompanhamento.

No entanto, estratégias informais de referência e contrarreferência foram identificadas na dinâmica das unidades, a exemplo de profissionais da APS que preenchem e entregam uma ficha de encaminhamento a esses usuários no momento em que os direcionam/referenciam para outro serviço. Como o direcionamento dos casos urgentes ocorre para unidades que trabalham como “porta aberta”, que possuem autonomia na definição da sua demanda, essa estratégia acaba por cumprir, em essência, as funções de causar uma sensação de segurança para o usuário e, sobretudo, de garantir algum respaldo ao profissional, que se protege de um possível questionamento futuro sobre as razões do encaminhamento.

Outras estratégias informais evidenciadas foram relacionadas à contrarreferência realizada pela UPA, seja quando realizam contato telefônico com profissionais e gestores da APS do município ou quando o assistente social entrega uma “carta” para o usuário classificado como não urgente buscar a sua eSF de referência. A “carta” entregue na UPA ao usuário não atendido pelo médico e redirecionado à APS parece cumprir as mesmas funções que a ficha de encaminhamento informal supracitada, visto que não possuem nenhuma validade institucional, mas apontam para uma intenção de respaldo da instituição e dos profissionais que o fazem, assim como podem promover no usuário uma sensação de resolutividade e validação da sua demanda, que pode não corresponder à realidade.

Por fim, sobre o sistema de transporte sanitário e a relação com o SAMU, a UPA possui ambulância própria, utilizada exclusivamente para o transporte dos pacientes regulados para outras unidades de saúde, além dos profissionais terem bom diálogo e apoio do SAMU nas solicitações das demandas, ainda que em alguns casos possam ser inadequados por não cumprir a função de um transporte de urgência. Já as unidades da APS não possuem veículo próprio para apoio no deslocamento dos usuários, e acionam o SAMU em situações de maior gravidade, ressaltando limitações no atendimento às solicitações feitas.

Na **Integração Sistêmica** são apresentadas as informações mais estruturais, relativas as escolhas de gestão. Nesse sentido, cabe lembrar que a UPA24h participante do estudo é de responsabilidade Estadual, e sua gestão é terceirizada por uma entidade filantrópica, enquanto o município realiza a gestão direta da APS.

Em relação a essa dimensão, a maior parte dos critérios foi parcialmente atendida. Também é relevante destacar que a UPA contemplou mais itens estudados nas subdimensões do “apoio administrativo e financeiro” e “educação permanente e planejamento”, enquanto a APS demonstrou melhor desempenho que a UPA apenas na transparência dos processos decisórios.

Mais detalhadamente, a subdimensão “Apoio administrativo e financeiro da gestão local”, no que tange a investigação sobre a fixação dos profissionais na APS, evidenciou a completude das duas eSF analisadas, além da gestão municipal reiterar, à época, que todas as equipes da atenção primária estavam completas de profissionais. No entanto, os usuários pontuaram de forma recorrente a ausência de médicos nas unidades de zona rural, evidenciando alguma deficiência assistencial. A UPA, por sua vez, mantém seu quadro profissional completo, com atuação diária de três médicos e disponibilização das escalas mensais.

Sobre a estrutura da UPA, destaca-se as boas condições da estrutura física, tanto relativo ao ambiente quanto ao mobiliário e equipamentos, percebidos no período de observação não-

participante realizada pela pesquisadora. Também não houve queixas pelos profissionais a respeito da assistência farmacêutica e da disponibilidade de serviços diagnósticos. No entanto, como reflexo da permanência dos pacientes por mais de 24h na unidade, tem surgido a necessidade de equipamentos diagnósticos mais complexos para apoiar a assistência.

As USF analisadas também apresentaram boa estrutura física, inclusive salas específicas para acolhimento e observação. Outras unidades do município não foram observadas, mas a gestão municipal reconhece que existem algumas UBS, principalmente na zona rural, com estrutura inadequada. Já a oferta de insumos e medicamentos foi apontada com limitações, sobretudo os medicamentos de urgência. Os serviços de apoio diagnóstico na APS se limitam a realizar exames laboratoriais básicos, e os usuários não a reconhecem como local que possibilita o acesso a outros serviços e/ou exames, ou ainda que auxilie na identificação do diagnóstico.

Se o horário de funcionamento da UPA não possui nenhuma restrição por ser 24h/dia, o mesmo não acontece com as unidades da APS. Estas funcionam em horário comercial (08 as 12h e de 13h as 17h na zona urbana ou 07 as 14h na zona rural), o que se torna um fator limitante aos atendimentos não agendados e/ou urgentes, que podem ultrapassar o período de funcionamento do serviço. O horário de funcionamento em vigência da APS é, portanto, pouco satisfatório na resposta às demandas de urgência, sendo que não foi identificada intenção de estender o turno de trabalho.

Também não foram constadas iniciativas da gestão municipal e estadual para auxiliar a UPA e a APS na definição de atribuições e fluxos comuns. Ademais, o apoio à capacitação dos profissionais da APS se mostrou frágil em relação às temáticas de atendimento das urgências e emergências e do acolhimento, restrito a oficinas episódicas. Essa lacuna foi suprida, em parte, por iniciativas provenientes dos próprios profissionais das eSF, principalmente no que tange ao acolhimento. Sobre o planejamento e programação da APS do município, a gestão refere seguir a periodicidade dos instrumentos formais, como a Programação Anual de Saúde (PAS). Já nas eSF, o planejamento para atuação no território é discutido nas reuniões de equipe, porém sem periodicidade definida.

Já a UPA possui um núcleo de educação permanente com profissional específico para apoiar no cumprimento das normas e rotinas da unidade, realizar treinamentos e recepcionar estudantes. Embora aconteçam treinamentos, é pertinente observar a limitação da UPA na promoção do diálogo entre os profissionais, especialmente quando são de diferentes categorias, o que restringe suas estratégias de educação permanente. Além disso, a Organização Social

(OS) que gere a unidade realiza um seminário anual para experiências exitosas e uma consultoria de planejamento estratégico para avaliação e elaboração anual de metas mensais, para os quais participam os coordenadores da UPA e a superintendência da OS.

Ainda sobre a UPA, não foi identificada nenhuma relação direta da unidade com o controle social, nem qualquer espaço formal com representação dos usuários, ou ainda diálogo consistente com a gerência regional. Também desconhecem como se deu o processo de definição de critérios para a alocação/construção das unidades e de definição de categorias profissionais, e atribuem isso a um momento anterior ao trabalho, se eximindo dessa responsabilidade. Assim, fica evidente que a gestão terceirizada da UPA, por meio de uma OS, desempenha um modelo de gestão com tomada de decisão bastante centralizada, com reduzida – e até nula – participação dos usuários, profissionais que prestam assistência, e da gestão municipal e regional nos seus processos decisórios.

A APS demonstra uma dinâmica mais participativa em relação às tomadas de decisão, pois dialogam sistematicamente com o controle social do município nos conselhos de saúde, do idoso, da criança, do adolescente e da pessoa com deficiência. Mas apesar disso, as eSF em estudo não referiram participação da comunidade no planejamento sobre as atividades analisadas, a exemplo do acolhimento e marcação de consultas, e a informação sobre a relação com instâncias formais do controle social não foi obtida. Para os processos de definição de critérios para a alocação/construção das unidades e de categorias profissionais, os entrevistados, assim como os da UPA, atribuíram à gestão anterior e desconhecem as razões, se eximindo dessa responsabilidade. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de aprimoramento para uma gestão efetivamente democrática.

Finalmente, para **a integração normativa**, a qual se objetivou identificar os valores e filosofias de trabalho, a maior parte dos critérios foi parcialmente preenchida. Para essa dimensão da integração, a UPA e a APS obtiveram resultados muito próximos, também pelo fato de grande parte dos critérios estarem relacionados ao compartilhamento desses valores e filosofias de trabalho, o que acaba por se traduzir em um único resultado dessa relação entre os serviços.

A respeito da confiança entre os profissionais de cada serviço de saúde, investigada pela recusa no atendimento por discordância dos encaminhamentos, destaca-se que na UPA, além de evidências de recusas, a exemplo dos casos para administração de penicilina, há o relato dos profissionais da UPA sobre a discordância de encaminhamentos de usuários com demandas de baixa urgência feitos pela APS. A discordância também ocorre pelos profissionais da APS de

alguns usuários encaminhados pela UPA, mas, nesses casos, surge pelo fato dos profissionais da UPA não considerarem a garantia do acesso ao usuário na USF para a qual estão direcionando, como, por exemplo, se certificando de que está em horário de funcionamento ou se há profissional médico em serviço. Adicionalmente, é possível afirmar que a confiança interprofissional e interorganizacional entre a UPA e a APS demonstra fragilidade e é insuficiente pelo fato dos profissionais da UPA reiterarem a visão de uma APS sem resolutividade e de profissionais com pouca iniciativa no atendimento às urgências. Já os profissionais da APS questionam o trabalho da UPA na realização da contrarreferência, pelo fato de ser o profissional assistente social a orientar o usuário e emitir a “carta”, pois não seria capacitado para tal, além de contestarem a orientação recorrente de retorno dos usuários à APS numa perspectiva de etapa burocrática a ser cumprida para o acesso a especialistas.

Quanto à subdimensão “compartilhamento de finalidades e objetivos entre os profissionais e serviços”, identificou-se um compartilhamento parcial da percepção dos motivos da busca dos usuários ao pronto atendimento em situações de baixa urgência. Os profissionais da UPA acreditam que os usuários vivenciam uma APS sem resolutividade e com barreiras no acesso, enquanto enxergam que na UPA há garantia de acolhimento, um atendimento ágil, resolutivo e de ‘porta-aberta’. Já os entrevistados vinculados à APS citaram o desconhecimento do usuário sobre a rede de serviços e a proximidade maior da UPA em relação a algumas microáreas das USF OP e RM. Mas também reconheceram que a UPA possui um acesso facilitado quando comparada à APS, considerando que não há marcação de consulta para um momento posterior, além das dificuldades do atendimento à urgência nas USF, diante da necessidade recorrente de se manter o paciente em observação. Profissionais de ambos os serviços também pontuaram a autopercepção de urgência e a existência de uma “cultura hospitalocêntrica” que faz com que muitos usuários só tenham a percepção de resolutividade no ambiente hospitalar e com acesso a exames e medicamentos, especialmente os de administração venosa.

Ainda sobre a segunda subdimensão, ficou evidente a existência de conflito relativo à atribuição dos serviços, reconhecido pela maior parte dos entrevistados, independentemente da sua unidade de vinculação. A atribuição dos serviços estudados no que tange os usuários com demandas de baixa urgência é pouco normatizada e não é discutida nem estruturada coletivamente. Como consequência, a condução desses usuários acaba dependendo da percepção e atitude individuais do profissional que realiza o atendimento no momento, conforme já discutido no capítulo sobre o acolhimento. Nesse sentido, pode-se afirmar que o

conflito descrito também é resultado de diferenças nas percepções sobre o papel dos serviços no atendimento a situações de baixa urgência. Apesar de na UPA ocorrer o atendimento do perfil em questão, os sujeitos não se percebem como responsáveis por essa demanda. Já a APS se sente responsável, mas possui limitações e pontua a necessidade de suporte da UPA em determinadas circunstâncias, como, por exemplo, fora dos seus horários de funcionamento ou em horário próximo ao fim do expediente.

Em relação ao perfil de usuários atendidos e esperados como adequados aos serviços, tem-se que, na UPA, cerca de 77% dos atendimentos são de situações de baixa gravidade, sobre os quais os profissionais consideram inadequados, visto que deveriam lidar apenas com condições clínicas mais urgentes. Para a APS também foi referido atendimento de determinadas condições urgentes e a realização de procedimentos relacionados, assim como seus profissionais demonstraram se sentir responsáveis e aptos a realizar essa função. No entanto, os atendimentos às urgências na APS não são efetivamente realizados em decorrência da falta de condições adequadas, a exemplo de medicamentos, capacitação e horário de funcionamento. Ressalta-se que há um compartilhamento de percepções entre os profissionais a respeito do perfil ideal da APS, que deveria dar conta do atendimento às condições de baixa gravidade, ao tempo que compartilham parcialmente a percepção sobre o atendimento ideal da UPA. Isso cria um descompasso entre o que seria esperado e o que acontece na prática.

Ademais, os profissionais da UPA e da APS foram capazes de indicar as demandas de pequenas urgências da sua unidade e as possíveis razões relacionadas a esse perfil de busca. Quanto à identificação dessas demandas acolhidas e atendidas pelos outros serviços, profissionais de ambos os níveis de atenção demonstram pouco reconhecimento sobre o esforço ao atendimento a esses usuários que fazem no serviço para o qual não atuam.

A condução dos usuários em situação de baixa urgência pelas unidades da APS se mostrou pouco eficiente, corroborada, inclusive, pela perspectiva do usuário de limitações ao acesso no momento da sua busca. Já a UPA, embora também apresente algumas barreiras ao atendimento desse usuário, funciona na lógica do pronto-atender, portando não rejeita, à princípio, a demanda espontânea. Nesse caso, os usuários preferem se deslocar para a UPA por perceberem maior possibilidade de acesso e de solução da sua demanda, ainda que por uma perspectiva imediatista.

Quanto aos motivos de encaminhamento dos pacientes com demandas urgentes para outros serviços, foi indicado pelos profissionais das USF analisadas que são: situação clínica de maior gravidade, dificuldade na estabilização dos sintomas, ou quando os recursos

disponíveis já se esgotaram. Ademais, o horário de funcionamento da unidade também foi colocado como uma justificativa eventual para o encaminhamento dessas demandas, pois caso o usuário chegue próximo ao horário de almoço ou se encerramento do expediente, já é direcionado para outro serviço, sendo possível concluir que as motivações são parcialmente satisfatórias. Ressalta-se que, nesse cenário, os usuários nem compreendem que a motivação foi o horário de funcionamento da unidade, a ponto de não levantarem essa questão como uma barreira de acesso no momento que foram questionados. Já para a APS em geral, foram relatadas pela gestão motivações individuais de alguns profissionais, como apenas o entendimento de que urgências não devem ser atendidas na atenção primária. A UPA justifica seus encaminhamentos para a APS pela classificação de risco do paciente, mas conforme já discutido em outros momentos desse estudo, suas motivações também foram consideradas parcialmente satisfatórias por não incorporarem critérios de vulnerabilidade nessa análise, nem levarem em consideração as barreiras de acesso para a APS.

Por último, no que tange a subdimensão “poder entre categorias”, emergiu na fala da quase totalidade dos entrevistados a percepção de que os profissionais enfermeiros eram os mais propensos ao desenvolvimento de um trabalho compartilhado e com habilidades no gerenciamento do processo de trabalho, sendo a categoria médica a mais resistente nesse processo de articulação de ações e interação com os demais sujeitos. No entanto, a sistematização desses critérios como pouco satisfatórios é reflexo de um poder pouco compartilhado entre as categorias profissionais, ainda mais evidente na UPA, local onde as decisões compartilhadas e o trabalho em equipe são pouco estimulados.

Adicionalmente ao cotejamento dos resultados com a literatura já apresentados nos capítulos anteriores, cabe ressaltar, aqui, algumas outras discussões consideradas relevantes. Nessa perspectiva, um estudo sobre a integração da APS com os serviços de emergência em outra Região de saúde do Brasil também evidenciou uma integração ineficiente, com limitações em diferentes dimensões, sendo que, no âmbito organizacional, foi identificada ausência de integração entre os serviços (UCHIMURA; DA SILVA; VIANA, 2018).

Especificamente sobre os elementos da integração normativa, um estudo belga, que avaliou a colaboração interprofissional entre médicos de família e de serviços de emergência, apontou que a comunicação entre os atores é apenas um componente da colaboração interprofissional, e a convivência e confiança mútuas são fundamentais ao trabalho interprofissional. Também referem que uma relação de igualdade proporciona o desenvolvimento da confiança, mas ambas as partes atribuíram maior poder ao pronto

atendimento, decorrente do acesso facilitado a recursos técnicos e a exames. Ademais, evidenciam que quanto melhor estiverem estabelecidos os papéis de cada serviço, mais eficiente será o manejo do paciente pela equipe interprofissional (KARAM et al., 2017).

Quanto à perspectiva dos usuários, a busca, e até a preferência, pelos departamentos de urgência e emergência em situações não urgentes tem sido um movimento observado internacionalmente. Assim, diversos países vêm adaptando, há alguns anos, o funcionamento das unidades da atenção primária para serem capazes de assistir as demandas espontâneas de baixa gravidade, a exemplo de estratégias de extensão do horário de funcionamento, apoiando na redução do ‘uso inadequado’ dos serviços de urgência e emergência (STEEMAN et al., 2020). Em 2019, no Brasil, foi instituído o Programa Saúde na Hora, por meio da Portaria GM/MS nº 930/2019, que dispõe sobre horário estendido de funcionamento das USF.

Também é razoável problematizar o conceito do ‘uso inadequado’ aos pronto-atendimentos, sendo que outros estudos já evidenciam a necessidade de repensar esse termo, por não considerar o sofrimento vivenciado pelo paciente (NAOURI; RANCHON; VUAGNAT, 2020; PARKINSON et al., 2021), assim como pesquisas tem buscado explicar, de modo mais aprofundado, as razões do uso ‘cl clinicamente desnecessário’ desses atendimentos em serviços de urgência (O’CATHAIN et al., 2020). Em outras palavras, essas demandas de saúde podem refletir um conjunto de situações e problemas de grande complexidade que não se resumem à condição clínica e/ou conveniência, mas resultam na busca pelo consumo da saúde, e nem por isso devem ser consideradas menos importantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, o presente estudo possibilitou a identificação e análise da dinâmica organizativa entre unidades da APS e de pronto atendimento 24h em um município da Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (Rede PEBA), Nordeste do Brasil, e evidenciou pouca integração entre os serviços nas diferentes dimensões estudadas.

Destaca-se, num primeiro plano, a importância do reconhecimento de distintos arranjos em funcionamento nas unidades da APS e da UPA, os quais predominam características e racionalidades de modelos assistenciais também desiguais. Nesse sentido, a UPA já é um serviço direcionado aos usuários com demandas espontâneas, enquanto na APS encara-se o desafio de conciliar suas ações programáticas às de acolhimento e assistência às demandas espontâneas, sejam elas com maior ou menor grau de urgência.

Ao analisar as atribuições e competências da APS e da UPA no atendimento às situações de baixa urgência, identifica-se que ambos os níveis de atenção estão organizados para realizar o acolhimento desses usuários, com escuta inicial e classificação de risco. Por um lado, tem-se na UPA um acolhimento ágil e oportuno, mas a avaliação de adequação da demanda ao serviço se resume aos sinais clínicos do indivíduo, sem incorporar efetivamente o contexto da rede e sem a avaliação de vulnerabilidade do usuário. Já na APS, apesar de convergências entre as duas USF analisadas, a recepção ao usuário demonstra uma realidade de não uniformidade, de dificuldade em se estabelecer como ‘porta de entrada’ e de administrar as demandas espontâneas sem impactar negativamente as demais atividades e afetar elementos essenciais da ESF.

Ademais, ficou em evidência o descompasso entre o perfil de atendimento realizado pelos dois níveis de atenção e a “visão ideal” dos profissionais e gestores a respeito do que deveria ser esse atendimento. Na UPA, atende-se majoritariamente situações de baixa gravidade, perfil de atendimento compreendido pelos atores como adequado à APS. Em contrapartida, as ESF possuem limitações para o exercício dessa função em diversos aspectos, como o horário de funcionamento, a dificuldade de acesso aos medicamentos de urgência e a expertise do conjunto de profissionais para conduzir adequadamente situações de urgência.

À vista disso, é possível concluir que há conflito nas atribuições relativas aos usuários de baixa urgência entre a UPA e a APS, mas em vez de competirem por esse perfil de usuários, o que ocorre é sua não priorização em ambos os serviços. Ainda assim, a UPA acaba respondendo por uma grande parcela dessa demanda, provocando nos sujeitos das buscas a

percepção de que são ainda mais preteridos pela APS, tendo como consequência a baixa confiança e credibilidade em relação ao atendimento na atenção primária.

Quanto aos mecanismos de integração, pode-se constatar que os critérios que compõem a integração clínica foram os mais presentes. Já os critérios relacionados à efetiva integração entre a APS e a UPA estiveram em sua maioria ausentes, tanto nos elementos mais operacionais, descritos predominantemente na integração funcional, como nos elementos mais subjetivos, a exemplo do compartilhamento de finalidades, objetivos e valores, referidos na integração normativa. Pôde-se observar, também, o escasso suporte da gestão local no sentido de estimular e promover uma efetiva integração entre os serviços, elencados na integração sistêmica. Assim, considera-se premente a aproximação de gestores e profissionais para discutir e avaliar estrategicamente a comunicação e o vínculo entre as USF e a UPA.

Apesar das questões já levantadas sobre a organização dos serviços, cabe reiterar que, no contexto atual da situação brasileira, verifica-se a persistência de limitações no acesso e na capacidade resolutiva no sistema de serviços de saúde, as quais também são fruto de escolhas político-econômicas no país, e dificultam a superação da desarticulação e fragmentação no Sistema Único de Saúde.

Adicionalmente, é necessário destacar as limitações do estudo, como a percepção restrita das necessidades de saúde dos usuários, considerando a abordagem pontual e inserida no ambiente da UPA, cujo cenário é, em tese, mais vulnerável ao paciente, com menos disposição a um diálogo decorrente da sua sintomática. Também é razoável refletir que a própria seleção dos usuários na unidade de pronto-atendimento reflete, por vezes, a busca de sujeitos que já não tiveram suas necessidades atendidas em outro ponto de atenção, não sendo representativa, portanto, da totalidade de usuários assistidos na APS do município.

Finalmente, compreende-se que o grande desafio é encontrar alternativas e arranjos organizativos que priorizem os princípios do SUS e que possam resultar em efetiva integração entre atores e entre os referidos serviços no cotidiano das práticas de saúde. Destarte, para direcionar a atenção primária ao lugar de legitimidade no atendimento às pequenas urgências, será preciso um melhor desempenho na resolutividade dessas demandas, com uma organização do serviço que incorpore efetivamente esse perfil de busca sem tantas limitações de horário, medicamentos e de disponibilidade dos profissionais. Essa conclusão leva a refletir sobre as possibilidades concretas de solucionar esse impasse, mas parece que sempre caminham para alternativas que distanciam a APS dos modelos de atenção não hegemônicos, suscitando mais uma pergunta: até quando – e como – a APS será capaz de tencionar essa relação de forças entre os modelos de atenção?

Essas questões abrem novas perspectivas de estudo e reforçam a importância da realização de mais pesquisas nacionais sobre a relação entre a APS e as UPA24h, a fim de identificar mais amplamente os conflitos e consensos de cada nível de atenção e orientar as tomadas de decisão sobre as definições de atribuições e responsabilidades voltadas a uma rede de atenção com atuação integrada.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. D. S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 564–573, 2013.
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 337–344, 2015.
- ACOSTA, A. M.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. DA S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. v. 2, n. 2, p. 141–144, 2011.
- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.
- ALMEIDA, P. F. DE; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, ago. 2017.
- AQUINO, R. et al. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática* (orgs). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.
- AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87–93, 2009.
- ASPLIN, B. R. et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, v. 42, n. 2, p. 173–180, 2003.
- BAHIA (Estado). PERNAMBUCO (Estado). Subprojeto Regional QualiSUS-Rede: região interestadual Pernambuco-Bahia. Juazeiro/Petrolina, mai, 2012. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUBPROJETO-QUALISUSREDEBAePEweb.pdf>.> Acesso em: 21/04/2017.

BARATIERI, T. et al. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, 2021.

BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs*, v. 9, n. 4, p. 158–165, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências, Brasília-DF, 2003.

BRASIL. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Série C. P ed. Brasília-DF, 2004.

BRASILa. Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências: Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2006. 126 p.

BRASILb. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Séries Pactos Pela Saúde. Brasília-DF, 2006.

BRASILc. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, *Diário Oficial da União* 23 fev. 2006.

BRASILb, Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [Diário Oficial]. Brasília, DF, 2011.

BRASILa. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização PNH, 2013, 1ª ed., Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 1 de abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 21 de set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico]. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: epidemiológicas e morbidade e estatísticas vitais. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [Online] Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: rede assistencial. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [Online] Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em: 09/11/2019

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

BURNS T. R. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. International emergency nursing, v. 35, p. 51-5, 2017.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Atención Primaria, v. 31, n. 1, p. 61–65, 2003.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cadernos de Saude Pública, v. 21, n. 4, p. 1260–1268, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

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

CARVALHO, S. C. et al. Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde em Pernambuco, Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 4, p. 744–754, 2015.

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

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al., 2001. Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures*, 8 (2): 38-52.

CORDEIRO, H. Necessidades de saúde e consumo médico nas práticas de dominação de classe. In: _____. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. P.83-113.

CORDEIRO JUNIOR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. Sistema Manchester de Classificação De Risco: Comparando Modelos. *Grupo Brasileiro de Classificação de Risco*, 16 p. abril, 2014.

COSTA, J. G. O Modo Tecnológico da Vigilância da Saúde e o Trabalho das Equipes de Saúde da Família. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, jun. 2015.

COWLING, T. E. et al. Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study. *PLoS ONE*, v. 8, n. 6, p. 6–11, 2013.

COWLING, T. E. et al. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *The British Journal of General Practice*, v. 64, n. 624, p. e434-9, 2014.

COWLING, T. E. et al. Access to primary care and the route of emergency admission to hospital: retrospective analysis of national hospital administrative data. *BMJ Quality & Safety*, n. August, p. 1–9, 2015.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1029–1042, 2011.

DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Medical Care*, v. 49, n. 6, p. 577–584, 2011.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, p. 151, 2016.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: Abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 345–369, 2013.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, p. 13–33, 2014.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 928–936, 2009.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo saúde* (1995), v. 38, n. 2: p. 129-138, mar. 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 35, n.2, p. 144-149, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária À Saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 2 ed. revista e ampliada. p.493-545.

GIOVANELLA, G. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00178619, set. 2019.

GIOVANELLA, G.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abri. 2020.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 146 p.

GIRARDI, S. N. et al. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S171-S184, 2017.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018.

GOUVÊA, A. F. C. Internações por condições sensíveis à atenção primária e a continuidade do cuidado do usuário com doença crônica após assistência pela unidade de pronto atendimento. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas-SP.

GREENFIELD, G. et al. Staff perceptions on patient motives for attending GP-led urgent care centres in London: a qualitative study. *BMJ open*, v. 6, n. 1, p. e007683, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE cidades*, 2017.

KARAM, M. et al. Interprofessional Collaboration between General Physicians and Emergency Department Teams in Belgium: A Qualitative Study. *International journal of integrated care*, v. 17, n. 4, 9. out., 2017.

- KONDER, M. T. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. 2013. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política nacional de atenção às urgências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 525–545, 2015.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das unidades de pronto atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 20, n. 59, p. 879–892, 2016.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290203, 2019.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): p.2307-2316, 2010.
- MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 519–528, 2011.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde e Tecnologia: Contribuição para a reflexão teórica. Série de desenvolvimento de serviço de Saúde. OPS, 1988.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e necessidades. São Paulo, Cadernos CEFOR Textos, 1. 1992.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde em São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MEDINA, M. G. O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cadernos de saúde publica*, v. 25, n. 5, p. 1153–1167, 2009.
- MEDINA, M. G. et al. O Sistema de Saúde em Estados e Municípios. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Relatório de Pesquisa, 2015.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. 2 ed.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. Supl. 1, p. 83–91, 2010.

NAOURI, D.; RANCHON, G.; VUAGNAT, A.; On behalf of French Society of Emergency Medicine, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Quality & Safety*, v. 29, p. 449-464, 2020.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 19, n. 1, p. 1–15, 2010.

NERY, S. R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1411-1419, out. 2009.

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

NORONHA, J. C. et al. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 2 ed. revista e ampliada. p.365-393.

O'CATHAIN, A. et al. 'Clinically unnecessary' use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, v. 23, n. 1, p. 19-40, 2020.

O'KEEFFE, C. et al. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. *PloS one*, v. 13, n. 2, e0192855, feb.. 2018.

OLIVEIRA, G. N. D. E. *O Projeto Terapêutico Como Contribuição Para a Mudança das Práticas de Saúde*. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

- OLIVEIRA, L. H. MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, dez. 2009.
- OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis-SC, v. 24, n. 1, Jan-Mar. 2015.
- PARKINSON, B., et al. Clarifying the concept of avoidable emergency department attendance. *Journal of health services research & policy*, v. 26, n. 1, p. 68–73, 2021.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IX Gerência Estadual de Saúde. Atualização do Plano de Ação Regional da rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde de Pernambuco – IX GERES, 2013. Ouricuri-PE.
- PETROLINA. Prefeitura Municipal de Petrolina. Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina. Plano Municipal de Saúde de Petrolina para o exercício de 2014-2017, 2013. Petrolina-PE.
- PIRES, M. et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha. *Saúde e Sociedade*, vol. 22, n.1, p. 211–222, 2013.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC public health*, v. 10, p. 380, 2010.
- REDE APS. Rede de Pesquisa em APS da Abrasco. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório. In: Seminário Virtual Rede APS/ ABRASCO. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>.
- REDE PEBAa. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Bahia (Estado); Pernambuco (Estado). Relatório do Grupo de Trabalho – Ortopedia. Petrolina, 2016.
- REDE PEBAb. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Bahia (Estado); Pernambuco (Estado). Relatório do Grupo de Trabalho - Obstetrícia. Petrolina, 2016.
- REGIÃO E REDES. Manual de Campo Juazeiro/Petrolina (Rede PEBA). Pesquisa Região e Redes. São Paulo, 2015.
- RELATÓRIO UPA. Relatório Mensal de Execução do Contrato de Gestão, outubro/2017. UPA24h HS/UPAE, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Petrolina-PE, 2017.
- SANCTON, K. et al. Low-acuity presentations to the emergency department- Reasons for and access to other health care providers before presentation. *Canadian Family Physician*, v. 64, n.8, p. 354-360, ago. 2018.

SANTOS, A. M. DOS. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00172214, 2016.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SCHRAIBER, L.; MENDES-GONÇALVES. Necessidade saúde na Atenção Primária. IN: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. HUCITEC, São Paulo, 1996.

SCHAFIROWITZ, G. C.; SOUZA, A. C. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. *Interface (Botucatu)*, v. 24, supl. 1, e190630, 2020.

SOARES, S. S.; LIMA, L. D. DE; CASTRO, A. L. B. DE. O papel da Atenção Básica no atendimento às Urgências: um olhar sobre as políticas. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 5, n. 2, p. 170–177, 2014.

SOLJAK, M. et al. Does higher quality primary health care reduce stroke admissions? A national cross-sectional study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 61, n. 593, p. e801-7, 2011.

SOLLA, J. J. S. P; PAIM, J.S. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: Desafios para Organização do Cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática* 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 343-352.

SOLLA, J. J. S. P; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 2 ed. revista e ampliada. p. 547-576.

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

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços De Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática* 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 49-67.

SOUZA, C. C.; ARAÚJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S. l.]*, v. 49, n. 1, p. 144-151, 2015.

SOUZA, L. C. et al. Fatores associados ao uso não urgente de unidades de pronto atendimento: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 56-65, 2020.

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

STEEMAN, L. et al. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. *Family practice*, v. 37, n. 6, p. 744-750, 2020.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no sus: desatando nós, criando laços. IN: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde. Salvador: EDUFBA; 2006.

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

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 972–983, 2015.

UCHIMURA, L.; DA SILVA, A.; VIANA, A. Integration between Primary Health Care and Emergency Services in Brazil: Barriers and Facilitators. *International journal of integrated care*, v. 18, n.4, 8, 2018.

VIANA, A. L. D. et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 355–370, 2007.

YIN, R. K. Estudo de Caso Planejamento e Método. 2a Edição ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZACHARIASSE, J.M. et al. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 9, n. 5, p. e026471, mai. 2019.

APÊNDICE A

Quadro 3. Distribuição populacional e características sociodemográficas das Regiões Juazeiro-BA e Petrolina-PE, por município, 2010

Estado	Município	População ¹	IDHM 2010	Taxa de Urbanização 2010 (%)	Índice de Gini ²
Bahia	Campo Alegre de Lourdes	28.090	0,557	28,9	0,61
	Canudos	15.732	0,562	55,3	0,53
	Casa Nova	64.940	0,570	57,8	0,54
	Curaçá	32.168	0,581	42,6	0,51
	Juazeiro	197.965	0,677	81,2	0,56
	Pilão Arcado	32.860	0,506	33,6	0,6
	Remanso	38.957	0,579	60,2	0,54
	Sento Sé	37.425	0,585	57,9	0,53
	Sobradinho	22.000	0,631	90,9	0,49
	Uauá	24.294	0,605	44,3	0,56
	Região Juazeiro	494.431	0,623	63,9	-
Pernambuco	Afrânio	17.586	0,588	33,3	0,53
	Cabrobó	30.873	0,623	64,1	0,58
	Dormentes	16.917	0,589	35,5	0,47
	Lagoa Grande	22.760	0,597	45,8	0,52
	Orocó	13.180	0,610	35,0	0,51
	Petrolina	293.962	0,697	74,6	0,62
	Santa Maria da Boa Vista	39.435	0,590	37,7	0,55
	Região Petrolina	434.713	0,675	46,6	-
PE/BA	Total 2 regiões	929.144	0,649	55,25	-

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>). ¹IBGE, 2010; ²O Índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um.

APÊNDICE B

Quadro 4. Número de equipamentos de Atenção Básica e atendimento de urgência não-hospitalar nas Regiões de Juazeiro e Petrolina segundo município, 2017.

Estado	Município	População	UBS/Posto de Saúde	Policlínica	Pronto Atendimento	Unidade mista
Bahia	Campo Alegre de Lourdes	28.090	7	-	-	-
	Canudos	15.732	6	-	-	-
	Casa Nova	64.940	15	-	-	-
	Curaçá	32.168	13	-	-	-
	Juazeiro	197.965	49	1	1	-
	Pilão Arcado	32.860	6	-	-	-
	Remanso	38.957	10	-	-	-
	Sento Sé	37.425	6	-	-	-
	Sobradinho	22.000	8	-	-	-
	Uauá	24.294	13	-	-	-
	Região Juazeiro	494.431	133	1	1	-
Pernambuco	Afrânio	17.586	10	-	-	1
	Cabrobó	30.873	12	1	-	-
	Dormentes	16.917	8	-	-	1
	Lagoa Grande	22.760	10	-	-	-
	Orocó	13.180	5	-	-	1
	Petrolina	293.962	46	14	1**	-
	Santa Maria da Boa Vista	39.435	17	-	-	1
	Região Petrolina	434.713	108	15	1	4

Fonte: CNES/MS, fev. 2017. **A unidade não consta no CNES

APÊNDICE C

Quadro 5. Número de equipamentos da APS e cobertura estimada para as Regiões Juazeiro e Petrolina segundo município, 2017

Estado	Município	População	ESF implantadas ¹	UBS/Posto de Saúde ²	Proporção de Cobertura estimada ¹ (%)
Bahia	Campo Alegre de Lourdes	28.090	6	7	73,52
	Canudos	15.732	5	6	100
	Casa Nova	64.940	11	15	57,21
	Curaçá	32.168	8	13	84,58
	Juazeiro	197.965	60	49	100
	Pilão Arcado	32.860	5	6	52
	Remanso	38.957	9	10	78,88
	Sento Sé	37.425	6	6	54,23
	Sobradinho	22.000	7	8	100
	Uauá	24.294	6	13	86,2
	Região Juazeiro	494.431	123	133	78,66
Pernambuco	Afrânio	17.586	7	10	100
	Cabrobó	30.873	11	12	100
	Dormentes	16.917	5	8	99,73
	Lagoa Grande	22.760	9	10	100
	Orocó	13.180	4	5	100
	Petrolina	293.962	81	46	91,52
	Santa Maria da Boa Vista	39.435	9	17	77,98
	Região Petrolina	434.713	126	108	95,60

Fonte: ¹MS/SAS/DAB ²CNES/MS, fev. 2017.

APÊNDICE D

Instrumento para Coordenação Geral - UPA

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Como se deu o processo de implantação dessa Unidade nesse território? ▫ Houve critérios para essa definição? Quais e por quê? ▫ Quais sujeitos participaram? 5. Como se deu a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade? ▫ Houve critérios? Quais? 6. Em sua opinião, a quantidade de serviços de pronto-atendimento existentes neste município é suficiente para atender a demanda da população?
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: ▫ Espaço físico ▫ Assistência farmacêutica? ▫ Horário de funcionamento ▫ Quadro de funcionários ▫ Apoio diagnóstico e terapêutico
Acolhimento
8. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? ▫ Existe critério de priorização de atendimento nos serviços conforme recomendação ministerial? [<i>Classificação de risco e vulnerabilidades</i>] 9. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Resistência dos usuários? 10. Há outras estratégias de acolhimento? Quais?
Perfil da Unidade
11. Qual o perfil dos usuários que a UPA atende? ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas na UPA? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] 12. E qual o perfil dos usuários que a UPA deveria atender? É compatível com a demanda real? 13. E o que não é atendido? ▫ Como esse usuário é conduzido? ▫ É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]
14. Existem usuários que buscam a UPA de modo recorrente? [mais de 3 vezes no ano] 15. Na maioria das vezes são encaminhados por algum profissional ou buscam a unidade por conta própria? Quais as condutas tomadas nesses casos [<i>acolhe, orienta, rejeita</i>]?
Compartilhamento de responsabilidades
16. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso. ▫ O que acontece a esses usuários?

Comunicação entre serviços
<p>17. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UPA com a Atenção Básica. De que modo se articulam?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▫ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Conflitos de atribuição
<p>18. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência?</p>
<p>19. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso.</p>
<p>20. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
<p>21. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?
Encaminhamento oportuno
<p>22. O Estado dispõe de central de regulação, logo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Para quais serviços existe regulação do acesso de usuários que estão da UPA? ▫ Como você avalia as centrais em relação às demandas da UPA? Qual a sua análise das centrais considerando as potencialidades e limitações existentes?
<p>23. Existe central de regulação municipal?</p>
<p>24. CASO NÃO EXISTA regulação, quais as estratégias utilizadas pela UPA para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas?
<p>25. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro?</p>
<p>26. E especificamente na relação com a AB, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes atendidos na UPA? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]</p>
<p>27. E no recebimento de pacientes da UBS, há algum mecanismo de encaminhamento? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]</p>
Transporte sanitário e SAMU
<p>28. Há garantia de transporte sanitário para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado?</p>
<p>29. Como a UPA se articula com o SAMU?</p>
Registros
<p>30. Como ocorrem os registros dos atendimentos nesta unidade? [<i>Prontuário eletrônico/papel?</i>]</p>
<p>31. Quais sistemas de informação utilizados na unidade?</p>
<p>32. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>]</p>
<p>33. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais?</p>
<p>34. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?</p>
Compartilhamento de espaço físico
<p>35. Como você avalia a relação da UPA 24h com a UPA-E? O compartilhamento do espaço físico interfere de algum modo na demanda do pronto-atendimento?</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▫ Há em outros locais unidades semelhantes? ▫ Isso eleva a demanda de trabalho dos profissionais? ▫ Os usuários buscam a unidade querendo atendimento especializado?
Trabalho em equipe
<p>36. Existem atividades que são realizadas em equipe? Você poderia descrevê-las?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho? <p>37. Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas?</p> <p>38. Normalmente quem conduz a reunião? Por quê?</p>
Poder entre categorias/unidades
<p>39. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?</p> <p>40. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?</p> <p>41. Você trabalharia na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dificuldades; ▫ Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na AB?
Valores
<p>42. Qual a política de Recursos Humanos desenvolvida na Unidade?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas? <p>43. Há planejamento das atividades na UPA? Como acontece? Quem participa?</p> <p>44. Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique.</p> <p>45. Costumam realizar algum tipo de avaliação da unidade e dos profissionais? Comente sobre isso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ De que modo isso acontece? ▫ O que é priorizado na avaliação? <p>46. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o trabalho da organização social, como você definiria?</p>
Gestão
<p>47. Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Isso interfere nas ações e serviços? De que modo? <p>48. Qual o papel desempenhado pela Gerência regional no que tange a Unidade de pronto atendimento? Como você o avalia?</p> <p>49. Como se dá a relação da UPA com os municípios?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ A maior parcela do atendimento é de municípios de Petrolina, como você vê isso? <p>50. Há alguma relação com o controle social? [Conselho municipal ou estadual de saúde?]</p>
Apoio institucional à integração
<p>51. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias que a unidade utiliza para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UPA possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção, sobretudo no que tange a articulação com a atenção básica?
<p>52. Há mais alguma questão que você considere pertinente colocar que não tenha sido perguntado?</p>

APÊNDICE E

Instrumento Coordenação Médica - UPA

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Como se deu o processo de implantação dessa Unidade nesse território? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios para essa definição? Quais e por quê? ▫ Quais sujeitos participaram? 5. Como se deu a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios? Quais? 6. Em sua opinião, a quantidade de serviços de pronto-atendimento existentes neste município é suficiente para atender a demanda da população?
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico ▫ Assistência farmacêutica? ▫ Horário de funcionamento ▫ Quadro de funcionários ▫ Apoio diagnóstico e terapêutico
Acolhimento
8. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe critério de priorização de atendimento nos serviços conforme recomendação ministerial? [<i>Classificação de risco e vulnerabilidades</i>] 9. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Resistência dos usuários? 10. Quais categorias profissionais são responsáveis pelo acolhimento? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio? 11. Esses profissionais foram capacitados para realização do acolhimento?
12. De modo geral, a equipe consegue realizar o atendimento no tempo recomendado?
Perfil da Unidade
13. Qual o perfil dos usuários que a UPA atende? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas na UPA? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] ▫ Qual seria, em média, essa proporção dentre todos os atendimentos? 14. E qual o perfil dos usuários que a UPA deveria atender? É compatível com a demanda real? 15. E o que não é atendido? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como esse usuário é conduzido? ▫ É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]

16. Existem usuários que buscam a UPA de modo recorrente? [mais de 3 vezes no ano]
17. Na maioria das vezes são encaminhados por algum profissional ou buscam a unidade por conta própria? Quais as condutas tomadas nesses casos [<i>acolhe, orienta, rejeita</i>]?
Compartilhamento de responsabilidades
18. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso. <ul style="list-style-type: none"> ▫ O que acontece a esses usuários?
Comunicação entre serviços
19. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UPA com a Atenção Básica. De que modo se articulam? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▫ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Conflitos de atribuição
20. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência?
21. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso.
22. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
23. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?
Encaminhamento oportuno
24. O Estado dispõe de central de regulação, logo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Para quais serviços existe regulação do acesso de usuários que estão da UPA? ▫ Como você avalia as centrais em relação às demandas da UPA? Qual a sua análise das centrais considerando as potencialidades e limitações existentes?
25. Existe central de regulação municipal?
26. CASO NÃO EXISTA regulação, quais as estratégias utilizadas pela UPA para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas?
27. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro?
28. E especificamente na relação com a AB, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes atendidos na UPA? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
29. E no recebimento de pacientes da UBS, há algum mecanismo de encaminhamento? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
Transporte sanitário e SAMU
30. Há garantia de transporte sanitário para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado?
31. Como a UPA se articula com o SAMU?
Normatização de condutas

<p>32. Nessa unidade são utilizados protocolos clínicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há protocolos impressos? Você poderia citar exemplos de doenças com protocolos? ▫ São conhecidos e aplicados por todos os profissionais da unidade? <p>33. Há protocolos clínico-epidemiológicos compartilhados entre a UPA e AB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, como foram construídos? São utilizados pelos profissionais de ambos os serviços?
Registros
<p>34. Como ocorrem os registros dos atendimentos nesta unidade? [<i>Prontuário eletrônico/papel?</i>]</p> <p>35. Quais sistemas de informação utilizados na unidade?</p> <p>36. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>]</p> <p>37. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais?</p> <p>38. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?</p>
Compartilhamento de espaço físico
<p>39. Como você avalia a relação da UPA 24h com a UPA-E? O compartilhamento do espaço físico interfere de algum modo na demanda do pronto-atendimento?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os usuários buscam a unidade querendo atendimento especializado?
Trabalho em equipe
<p>40. Existem atividades que são realizadas em equipe? Você poderia descrevê-las?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho? <p>41. Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas?</p> <p>42. Normalmente quem conduz a reunião? Por quê?</p>
Gestão de casos
<p>43. Há discussão de casos entre profissionais da UPA? [<i>gestão clínica dos casos</i>] Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas? <p>44. Há discussão de casos entre profissionais da UPA e AB? Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados e de metas conjuntas?
Poder entre categorias/unidades
<p>45. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?</p> <p>46. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?</p> <p>47. Você trabalharia na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dificuldades; ▫ Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na AB?
Valores
<p>48. Qual a política de Recursos Humanos desenvolvida na Unidade?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas? <p>49. Há planejamento das atividades na UPA? Como acontece? Quem participa?</p> <p>50. Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique.</p> <p>51. Costumam realizar algum tipo de avaliação da unidade e dos profissionais? Comente sobre isso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ De que modo isso acontece? ▫ O que é priorizado na avaliação? <p>52. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o trabalho da organização social, como você definiria?</p>
Gestão
<p>53. Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Isso interfere nas ações e serviços? De que modo? <p>54. Qual o papel desempenhado pela Gerência regional no que tange a Unidade de pronto atendimento? Como você o avalia?</p>

55. Há alguma relação com o controle social? [Conselho municipal ou estadual de saúde?]
Apoio institucional à integração
56. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias que a unidade utiliza para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UPA possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê? ▫ E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção, sobretudo no que tange a articulação com a atenção básica?
57. Há mais alguma questão que você considere pertinente colocar que não tenha sido perguntado?

APÊNDICE F

Instrumento Coordenação de Enfermagem - UPA Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Como se deu o processo de implantação dessa Unidade nesse território? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios para essa definição? Quais e por quê? ▫ Quais sujeitos participaram? 5. Como se deu a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios? Quais? 6. Em sua opinião, a quantidade de serviços de pronto-atendimento existentes neste município é suficiente para atender a demanda da população?
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico ▫ Assistência farmacêutica? ▫ Horário de funcionamento ▫ Quadro de funcionários ▫ Apoio diagnóstico e terapêutico
Acolhimento
8. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Essa unidade possui uma rotina institucionalizada para o acolhimento dos usuários? Como ocorrem? ▫ Existe critério de priorização de atendimento nos serviços conforme recomendação ministerial? [<i>Classificação de risco e vulnerabilidades</i>] 9. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Essa rotina está escrita? 10. Quais categorias profissionais são responsáveis pelo acolhimento? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio? 11. Esses profissionais foram capacitados para realização do acolhimento? 12. Há outras estratégias de acolhimento? Quais?
13. De modo geral, a equipe consegue realizar o atendimento no tempo recomendado?
Perfil da Unidade
14. Qual o perfil dos usuários que a UPA atende? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas na UPA? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] ▫ Qual seria, em média, essa proporção dentre todos os atendimentos? 15. E qual o perfil dos usuários que a UPA deveria atender? É compatível com a demanda real?

<p>16. E o que não é atendido?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como esse usuário é conduzido? ▫ É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]
<p>17. Existem usuários que buscam a UPA de modo recorrente? [mais de 3 vezes no ano]</p> <p>18. Na maioria das vezes são encaminhados por algum profissional ou buscam a unidade por conta própria? Quais as condutas tomadas nesses casos [<i>acolhe, orienta, rejeita</i>]?</p>
Compartilhamento de responsabilidades
<p>19. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ O que acontece a esses usuários?
Comunicação entre serviços
<p>20. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UPA com a Atenção Básica. De que modo se articulam?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▫ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Conflitos de atribuição
<p>21. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência?</p> <p>22. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso.</p> <p>23. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
<p>24. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?
Normatização de condutas
<p>25. Nessa unidade são utilizados protocolos clínicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há protocolos impressos? Você poderia citar exemplos de doenças com protocolos? ▫ São conhecidos e aplicados por todos os profissionais da unidade? <p>26. Há protocolos clínico-epidemiológicos compartilhados entre a UPA e AB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, como foram construídos? São utilizados pelos profissionais de ambos os serviços?
Registros
<p>27. Como ocorrem os registros dos atendimentos nesta unidade? [<i>Prontuário eletrônico/papel?</i>]</p> <p>28. Quais sistemas de informação utilizados na unidade?</p> <p>29. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>]</p> <p>30. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais?</p> <p>31. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?</p>
Encaminhamento oportuno

<p>32. O Estado dispõe de central de regulação, logo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Para quais serviços existe regulação do acesso de usuários que estão da UPA? ▫ Como você avalia as centrais em relação às demandas da UPA? Qual a sua análise das centrais considerando as potencialidades e limitações existentes? <p>33. Existe central de regulação municipal?</p> <p>34. CASO NÃO EXISTA regulação, quais as estratégias utilizadas pela UPA para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas? <p>35. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro?</p> <p>36. E especificamente na relação com a AB, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes atendidos na UPA? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]</p> <p>37. E no recebimento de pacientes da UBS, há algum mecanismo de encaminhamento? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]</p>
Transporte sanitário e SAMU
<p>38. Há garantia de transporte sanitário para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado?</p> <p>39. Como a UPA se articula com o SAMU?</p>
Compartilhamento de espaço físico
<p>40. Como você avalia a relação da UPA 24h com a UPA-E? O compartilhamento do espaço físico interfere de algum modo na demanda do pronto-atendimento?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os usuários buscam a unidade querendo atendimento especializado?
Trabalho em equipe
<p>41. Existem atividades que são realizadas em equipe? Você poderia descrevê-las?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho? <p>42. Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas?</p> <p>43. Normalmente quem conduz a reunião? Por quê?</p>
Gestão de casos
<p>44. Há discussão de casos entre profissionais da UPA? [<i>gestão clínica dos casos</i>] Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas? <p>45. Há discussão de casos entre profissionais da UPA e AB? Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas?
Poder entre categorias/unidades
<p>46. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?</p> <p>47. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?</p> <p>48. Você trabalharia na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dificuldades;

<ul style="list-style-type: none"> ▫ Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na AB?
Valores
<p>49. Qual a política de Recursos Humanos desenvolvida na Unidade?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas? <p>50. Há planejamento das atividades na UPA? Como acontece? Quem participa?</p> <p>51. Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique.</p> <p>52. Costumam realizar algum tipo de avaliação da unidade e dos profissionais? Comente sobre isso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ De que modo isso acontece? ▫ O que é priorizado na avaliação? <p>53. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o trabalho da organização social, como você definiria?</p>
Gestão
<p>54. Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Isso interfere nas ações e serviços? De que modo? <p>55. Qual o papel desempenhado pela Gerência regional no que tange a Unidade de pronto atendimento? Como você o avalia?</p> <p>56. Há alguma relação com o controle social? [Conselho municipal ou estadual de saúde?]</p>
Apoio institucional à integração
<p>57. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias que a unidade utiliza para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UPA possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção, sobretudo no que tange a articulação com a atenção básica?
<p>58. Há mais alguma questão que você considere pertinente colocar que não tenha sido perguntado?</p>

APÊNDICE G

Instrumento Profissional Médico/Enfermeiro - UPA

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Fale um pouco sobre a Unidade em que trabalha: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios para a alocação/construção da UPA? Você saberia me dizer quais e por quê? Quais sujeitos participaram? 5. E sobre a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade, houve critérios? Quais? 6. A quantidade de serviços de pronto-atendimento existentes neste município é suficiente para atender a demanda da população?
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico ▫ Assistência farmacêutica? ▫ Horário de funcionamento ▫ Quadro de funcionários ▫ Apoio diagnóstico e terapêutico
Acolhimento
8. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe critério de priorização de atendimento nos serviços conforme recomendação ministerial? [<i>Classificação de risco e vulnerabilidades</i>] 9. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Resistência dos usuários? 10. Quais categorias profissionais são responsáveis pelo acolhimento? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio? 11. O(a) senhor(a) recebeu capacitação para realizar o acolhimento ou teve disponibilizada capacitação pela coordenação/gestão? 12. Há outras estratégias de acolhimento? Quais?
13. De modo geral, é possível realizar o atendimento no tempo recomendado?
Perfil da Unidade
14. Qual o perfil dos usuários que a UPA atende? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas na UPA? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] 15. E qual o perfil dos usuários que a UPA deveria atender? É compatível com a demanda real? 16. E o que não é atendido? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como esse usuário é conduzido? ▫ É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]

17. Existem usuários que buscam a UPA de modo recorrente? [mais de 3 vezes no ano]
18. Na maioria das vezes são encaminhados por algum profissional ou buscam a unidade por conta própria? Quais as condutas tomadas nesses casos [<i>acolhe, orienta, rejeita</i>]?
Compartilhamento de responsabilidades
19. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso. <ul style="list-style-type: none"> ▫ O que acontece a esses usuários?
Comunicação entre serviços
20. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UPA com a Atenção Básica. De que modo se articulam? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▫ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Conflitos de atribuição
21. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência?
22. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso.
23. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
24. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?
Encaminhamento oportuno
25. O Estado dispõe de central de regulação, logo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Para quais serviços existe regulação do acesso de usuários que estão da UPA? ▫ Como você avalia as centrais em relação às demandas da UPA? Qual a sua análise das centrais considerando as potencialidades e limitações existentes?
26. Existe central de regulação municipal?
27. CASO NÃO EXISTA regulação, quais as estratégias utilizadas pela UPA para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas?
28. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro?
29. E especificamente na relação com a AB, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes atendidos na UPA? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
30. E no recebimento de pacientes da UBS, há algum mecanismo de encaminhamento? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
Transporte sanitário e SAMU
31. Há garantia de transporte sanitário para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado?
32. Como a UPA se articula com o SAMU?
Normatização de condutas

<p>33. Nessa unidade são utilizados protocolos clínicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há protocolos impressos? Você poderia citar exemplos de doenças com protocolos? ▫ São conhecidos e aplicados por todos os profissionais da unidade? <p>34. Há protocolos clínico-epidemiológicos compartilhados entre a UPA e AB?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, como foram construídos? São utilizados pelos profissionais de ambos os serviços?
Registros
<p>35. Os registros dos atendimentos ocorrem no prontuário eletrônico. Há alguma outra forma de registro?</p> <p>36. Quais sistemas de informação utilizados na unidade?</p> <p>37. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>]</p> <p>38. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais?</p> <p>39. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?</p>
Compartilhamento de espaço físico
<p>40. Como você avalia a relação da UPA 24h com a UPA-E? O compartilhamento do espaço físico interfere de algum modo na demanda do pronto-atendimento?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os usuários buscam a unidade querendo atendimento especializado?
Trabalho em equipe
<p>41. Que ações realizam em equipe? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas? Quem conduz a reunião? Por quê? <p>42. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?</p> <p>43. Em sua opinião, quem se destaca na condução do processo de trabalho na UPA?</p>
Gestão de casos
<p>44. Você costuma discutir casos dos usuários ou outros assuntos com sua equipe? Com que frequência? Exemplifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas? <p>45. Há discussão de casos com profissionais da AB? Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados e de metas conjuntas?
Poder entre categorias/unidades
<p>46. Como você se sente em relação ao seu trabalho na equipe? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Você sente que seu trabalho é valorizado pela equipe? De que forma? Exemplifique. <p>47. Você trabalharia na AB? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dificuldades; ▫ Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na AB?
Valores
<p>48. Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas pela unidade? E pela gestão estadual? Você se sente contemplado? O que poderia melhorar?</p> <p>49. Há planejamento das atividades na UPA? Como acontece? Quem participa?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique. <p>50. Costumam realizar algum tipo de avaliação dos profissionais? Comente sobre isso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ De que modo isso acontece? O que é priorizado na avaliação? <p>51. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o trabalho da organização social, como você definiria?</p>
Gestão
<p>52. Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Isso interfere nas ações e serviços? De que modo? <p>53. Qual o papel desempenhado pela Gerência regional no que tange a Unidade de pronto atendimento? Como você o avalia?</p>

54. Há alguma relação com o controle social? [Conselho municipal ou estadual de saúde?]

Apoio institucional à integração

55. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias são utilizadas para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UPA possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê?

- E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção, sobretudo no que tange a articulação com a atenção básica?

56. Há mais alguma questão que você considere pertinente colocar que não tenha sido perguntado?

APÊNDICE H

Instrumento Serviço Social - UPA

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Como se deu o processo de implantação dessa Unidade nesse território? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios para essa definição? Quais e por quê? ▫ Quais sujeitos participaram? 5. Como se deu a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios? Quais? 6. Em sua opinião, a quantidade de serviços de pronto-atendimento existentes neste município é suficiente para atender a demanda da população?
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico ▫ Horário de funcionamento do serviço social ▫ Quantitativo de profissionais do serviço social
Acolhimento
8. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? 9. Qual papel desempenhado pelo serviço social no momento do acolhimento? 10. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Resistência dos usuários? 11. São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio? 12. Esses profissionais foram capacitados para realização do acolhimento? 13. Há outras estratégias de acolhimento? Quais?
Perfil da Unidade
14. Qual o perfil dos usuários que a UPA atende? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas na UPA? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] ▫ Qual seria, em média, essa proporção dentre todos os atendimentos? 15. E qual o perfil dos usuários que a UPA deveria atender? É compatível com a demanda real? 16. E o que não é atendido? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como esse usuário é conduzido? ▫ É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]
17. Existem usuários que buscam a UPA de modo recorrente? [mais de 3 vezes no ano] 18. Na maioria das vezes são encaminhados por algum profissional ou buscam a unidade por conta própria? Quais as condutas tomadas nesses casos [<i>acolhe, orienta, rejeita</i>]?
Compartilhamento de responsabilidades

19. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso. <ul style="list-style-type: none"> ▫ O que acontece a esses usuários?
Registros
20. Como ocorrem os registros dos atendimentos nesta unidade? [<i>Prontuário eletrônico/papel?</i>] 21. Quais sistemas de informação utilizados na unidade? 22. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>] 23. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais? 24. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?
Comunicação entre serviços
25. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UPA com a Atenção Básica. De que modo se articulam? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▪ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Encaminhamento oportuno
26. O Estado dispõe de central de regulação, logo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como você avalia as centrais em relação às demandas da UPA? Qual a sua análise das centrais considerando as potencialidades e limitações existentes? 27. Existe central de regulação municipal? 28. CASO NÃO EXISTA regulação, quais as estratégias utilizadas pela UPA para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas? 29. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro? 30. E especificamente na relação com a AB, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes atendidos na UPA? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>] 31. E no recebimento de pacientes da UBS, há algum mecanismo de encaminhamento? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
Transporte sanitário e SAMU
32. Há garantia de transporte sanitário para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado? 33. Como a UPA se articula com o SAMU?
Conflitos de atribuição
34. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência? 35. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso. 36. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
37. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?

Compartilhamento de espaço físico
38. Como você avalia a relação da UPA 24h com a UPA-E? O compartilhamento do espaço físico interfere de algum modo na demanda do pronto-atendimento? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os usuários buscam a unidade querendo atendimento especializado?
Trabalho em equipe
39. Existem atividades que são realizadas em equipe? Você poderia descrevê-las? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho?
40. Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas?
41. Normalmente quem conduz a reunião? Por quê?
Gestão de casos
42. Há discussão de casos entre profissionais da UPA? [<i>gestão clínica dos casos</i>] Como acontecem? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas?
Poder entre categorias/unidades
43. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?
44. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?
45. Você trabalharia na AB? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dificuldades; ▫ Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na AB?
Valores
46. Qual a política de Recursos Humanos desenvolvida na Unidade? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas?
47. Há planejamento das atividades na UPA? Como acontece? Quem participa?
48. Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique.
49. Costumam realizar algum tipo de avaliação da unidade e dos profissionais? Comente sobre isso. <ul style="list-style-type: none"> ▫ De que modo isso acontece? ▫ O que é priorizado na avaliação?
50. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o trabalho da organização social, como você definiria?
Gestão
51. Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Isso interfere nas ações e serviços? De que modo?
52. Qual o papel desempenhado pela Gerência regional no que tange a Unidade de pronto atendimento? Como você o avalia?
53. Há alguma relação com o controle social? [Conselho municipal ou estadual de saúde?]
Apoio institucional à integração
54. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias que a unidade utiliza para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UPA possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção, sobretudo no que tange a articulação com a atenção básica? ▫ E a articulação com outros setores para além da saúde?
55. Há mais alguma questão que você considere pertinente colocar que não tenha sido perguntado?

APÊNDICE I

Instrumento Profissional Médico/Enfermeiro - APS

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Cargo ocupado/ função 2. Tempo em que está no cargo/ função: 3. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo [<i>Experiência em serviço público e/ou privado? Especialista em “pronto-atender”?</i>]
Estudo da oferta e demanda na região
4. Fale um pouco sobre a Unidade em que trabalha: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Houve critérios para a alocação/construção da UBS? Você saberia me dizer quais e por quê? Quais sujeitos participaram? 5. E sobre a definição das categorias profissionais e especialidades dessa Unidade, houve critérios? Quais? 6. Existe população descoberta no território de abrangência da unidade? Comente um pouco sobre a situação atual.
Estrutura física
7. De modo geral, como está estruturada a UBS com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico (sala de acolhimento e de observação)? ▫ Assistência farmacêutica: Disponibiliza medicamentos? ▫ Horário de funcionamento da UBS? ▫ Existe algum serviço de apoio diagnóstico disponível na unidade?
Acesso oportuno
8. Como acontecem as marcações de consulta médica na UBS? [<i>filas, senhas, dias específicos</i>] <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual tempo médio de espera? É comum ultrapassar dois dias úteis? ▫ É possível conseguir atendimento médico numa UBS sem estar previamente agendado? 9. Como acontecem as marcações de consulta de enfermagem?
Acolhimento
10. Como ocorre o atendimento ao usuário assim que ele chega à unidade? Qual caminho que ele deve percorrer? Você pode descrevê-lo para mim? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe critério de priorização de atendimento nos serviços conforme recomendação ministerial? [<i>Classificação de risco e vulnerabilidades</i>] 11. Existem dificuldades na implementação dessa rotina? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Resistência dos profissionais da UPA? ▫ Resistência dos usuários? 12. Quais categorias profissionais são responsáveis pelo acolhimento? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio? 13. O(a) senhor(a) recebeu capacitação para realizar o acolhimento ou teve disponibilizada capacitação pela coordenação/gestão? 14. Há outras estratégias de acolhimento? Quais?
Perfil da Unidade
15. Qual o perfil dos usuários que as UBS atendem? <ul style="list-style-type: none"> ▫ São atendidos usuários em situações de baixa gravidade? E situações não urgentes? ▫ Que tipos de demandas de pequenas urgências são acolhidas e atendidas nas UBS? [<i>Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc.</i>] ▫ Qual seria, em média, essa proporção dentre todos os atendimentos? 16. E qual o perfil dos usuários que as UBS deveriam atender? É compatível com a demanda real? 17. E o que não é atendido? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Como esse usuário é conduzido?

18. É recorrente, no momento do acolhimento, a orientação aos usuários de buscar outros serviços de saúde? Por quais motivos? [<i>Exame, falta de pessoal, de medicamentos ou equipamentos, pelo fato de não ser competência da unidade, etc.</i>]
Comunicação entre serviços
19. Em relação à comunicação entre os serviços, fale um pouco como se dá a relação da UBS com a UPA. De que modo se articulam? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Existe sistema de informação e comunicação comum que interligue a UPA aos demais pontos de atenção da rede? [<i>Prontuário eletrônico, SISREG, cartão SUS</i>] ▫ Existem espaços de encontros presenciais para integração da UPA com a AB? [<i>Reuniões regulares, Oficinas de trabalho</i>] ▫ Se sim, fale um pouco a respeito desses espaços: ocorre planejamento e aplicação de metas conjuntas? Avaliam-se os processos implementados?
Compartilhamento de responsabilidades
20. Há recusa de atendimento na UPA por discordância dos encaminhamentos da AB? Fale um pouco sobre isso. <ul style="list-style-type: none"> ▫ O que acontece a esses usuários?
Conflitos de atribuição
21. Qual sua opinião a respeito dos usuários que procuram a UPA em situações de baixa urgência?
22. Na sua percepção, existem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os serviços de Atenção Básica e UPA? Fale um pouco sobre isso.
23. Com base na sua experiência, quais atendimentos de urgência/emergência são possíveis e viáveis de serem realizados na AB? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual deve ser o papel da UBS no atendimento a situações de baixa urgência? ▫ Qual deve ser o papel da UPA no atendimento a situações de baixa urgência?
Estratégias de estruturação
24. Existem iniciativas da gestão estadual e/ou municipal para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais da UPA e AB? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se sim, quais são elas? Há coerência com as necessidades locais percebidas?
Encaminhamento oportuno
25. Para quais serviços existe regulação do acesso de usuários a partir da UBS? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os usuários encaminhados formalmente têm garantia de atendimento? ▫ É definido tempo máximo de espera? ▫ Você considera o tempo de espera adequado?
26. Para serviços que não existem regulação, quais as estratégias utilizadas pela UBS para garantir assistência de usuários que necessitam ser encaminhados? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há fluxos definidos formalmente e previamente pactuados? ▫ Há vias alternativas não institucionalizadas?
27. E para as situações de urgência?
28. E especificamente na relação com a UPA, existem mecanismos formais ou informais de encaminhamento de pacientes das UBS? Quais? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
29. E no retorno de pacientes da UPA, há algum mecanismo formal? Qual? [<i>Formulário, telefone, orientação verbal</i>]
30. Como se faz em relação ao monitoramento dos usuários que são encaminhados a outras unidades? Há algum tipo de registro?
Transporte sanitário e SAMU
31. Há garantia de transporte para outros pontos de atenção quando necessário? Qual procedimento adotado?
32. Como a UBS se articula com o SAMU?
Normatização de condutas
33. Nessa unidade são utilizados protocolos clínicos? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há protocolos impressos? Você poderia citar exemplos de doenças com protocolos? ▫ São conhecidos e aplicados por todos os profissionais da unidade?
34. Há protocolos clínico-epidemiológicos compartilhados entre a UPA e AB?

Qualidade da atenção individual
<p>35. Quais ações de saúde ofertadas nas UBS estão voltadas à abordagem individual dos usuários?</p> <p>36. Há planejamento de quais e como devem ser as atividades e ações individuais em situações de urgência? Fale um pouco sobre isso.</p>
Registros
<p>37. Os registros dos atendimentos ocorrem no prontuário eletrônico. Há alguma outra forma de registro?</p> <p>38. Quais sistemas de informação utilizados na unidade?</p> <p>39. Esses registros são utilizados pela unidade? Com que finalidade? [<i>Identificar principais necessidades e prioridades da população? Controle interno de fluxo de pacientes?</i>]</p> <p>40. Em sua opinião, o modo como ocorrem os registros facilitam a disseminação da informação entre os profissionais?</p> <p>41. Poderia elencar algumas vantagens e desvantagens percebidas com esse registro?</p>
Trabalho em equipe
<p>42. Existem atividades que são realizadas em equipe? Você poderia descrevê-las?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho? <p>43. Há reuniões de equipe? Qual a periodicidade? Quais são as pautas?</p> <p>44. Normalmente quem conduz a reunião? Por quê?</p>
Gestão de casos
<p>45. Você costuma discutir casos dos usuários ou outros assuntos com sua equipe? Com que frequência? Exemplifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados? ▫ Há elaboração e aplicação de metas conjuntas? <p>46. Há discussão de casos com profissionais da AB? Como acontecem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há elaboração e aplicação de plano de cuidados e de metas conjuntas?
Poder entre categorias/unidades
<p>47. Como você se sente em relação ao seu trabalho na equipe? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Você sente que seu trabalho é valorizado pela equipe? De que forma? Exemplifique. <p>48. Em sua opinião, a categoria profissional pode influenciar positivamente ou negativamente na execução de um trabalho compartilhado? Quando é mais fácil e quando é mais difícil?</p> <p>49. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?</p> <p>50. Como você percebe o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da AB no município pelos profissionais em geral? E o reconhecimento dos profissionais que trabalham na UPA?</p>
Valores
<p>51. Quais as estratégias de educação permanente desenvolvidas pela unidade? E pela gestão estadual? Você se sente contemplado? O que poderia melhorar?</p> <p>52. Há planejamento das atividades da unidade? Como acontece? Quem participa?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Você e sua equipe têm autonomia para realizar as ações planejadas? Exemplifique. <p>53. Costumam realizar algum tipo de avaliação dos profissionais? Comente sobre isso.</p> <p>54. Se você pudesse definir brevemente as principais ideias que norteiam o seu trabalho no SUS, como você definiria?</p>
Gestão
<p>55. Qual a sua opinião a respeito da existência de diferentes tipos de gestão [<i>pública, privada, terceiro setor</i>] na oferta de serviços de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Em que medida você identifica potencialidades e limitações de uma unidade com gestão terceirizada? Isso interfere nas ações e serviços? De que modo?
Apoio institucional à integração
<p>56. No que tange as necessidades dos usuários, quais estratégias são utilizadas para percebê-las? Você acredita que na maioria das vezes a UBS possui todos os recursos para resolvê-las? Por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ E a resolutividade perante as demandas de articulação com os demais pontos de atenção?

APÊNDICE J

Roteiro para observação não participante

Espaços observados: [] Sala de espera [] Sala de acolhimento [] Sala de orientação com assistente social			
Data: / /	Dia da semana:	Hora de início:	Término:
Aspectos gerais do ambiente:			
1. Lotado/Cheio/esvaziado <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tranquilidade/inquietação dos usuários ▫ Presença/ausência de profissionais 			
Estrutura física			
2. De modo geral, como está estruturada a UPA com relação à: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Espaço físico ▫ Assistência farmacêutica? ▫ Horário de funcionamento ▫ Quadro de funcionários ▫ Serviços de apoio diagnóstico na unidade 			
Acolhimento			
3. Essa unidade possui rotina para acolhimento dos usuários? [Há <i>classificação de risco e vulnerabilidades</i> ?]			
4. Predominância de alguma categoria profissional? [enfermagem?]			
5. São sempre os mesmos profissionais que ficam lotados no acolhimento? Há rodízio?			
6. Quem decide o que atender? [autonomia do profissional médico?]			
7. Há outras estratégias de acolhimento? Quais? [observar o segurança, recepcionista]			
8. De modo geral, a equipe consegue realizar o atendimento no tempo recomendado?			
Trabalho em equipe			
9. Percepção a respeito da relação entre profissionais da unidade <ul style="list-style-type: none"> ▫ Esses profissionais realizam trabalho em equipe? ▫ Que ações são contempladas? Quem participa? Como ocorre a divisão desse trabalho? 			
Poder entre categorias			
10. A influência (positiva, negativa ou ausência de influência) das categorias profissionais ou alguns profissionais específicos no processo de trabalho;			
11. Alguma categoria profissional se destaca na condução do processo de trabalho?			
12. Percepção da satisfação dos profissionais			
13. Percepção do “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da UPA pelos usuários			
14. Percepção do “prestígio/reconhecimento” dos profissionais que trabalham na AB pelos usuários e demais profissionais			
Normatização de condutas			
15. Há protocolos impressos? São usados?			
Registros			
16. Registros dos atendimentos na unidade [Agilidade; Precisão]			
Compartilhamento de responsabilidades			
17. Possibilidade de compartilhamento das responsabilidades e coordenação das tarefas entre os próprios profissionais da UPA <ul style="list-style-type: none"> ▫ A organização favorece esse compartilhamento? É perceptível algum incentivo? 			
18. O que não é atendido? Como esse usuário é conduzido? [discordância do encaminhamento das UBS]			
19. Evitam atendimentos de maior gravidade?			
Valores			
20. Que valores orientam a atuação da UPA?			
21. Como se dá a relação dos profissionais com a Organização social? Engajados? “vestem a camisa”? De que modo essa relação é percebida?			
Princípios norteadores			
22. São cumpridos os princípios da equidade, universalidade e integralidade da atenção? [observar se há alguma norma de restrição no acesso];			
23. Como se dá a relação entre a OS e a SES quanto aos valores e filosofia de trabalho?			
24. E a relação entre a OS e a SMS?			

APÊNDICE K

Instrumento USUÁRIO

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Identificação do sujeito
1. Classificação de risco: AZUL ou VERDE? 2. Nome: 3. Data e local da entrevista: 4. Ocupação: 5. Onde mora: Zona urbana ou rural? 6. Idade: 7. Possui plano de saúde?
Trajetória até a unidade
8. Por qual motivo o(a) Sr(a) procurou a UPA hoje? O(a) Sr(a) tem algum problema de saúde? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Há quanto tempo? [Enfermidade imprevista? Agudização de condição crônica?] ▫ O Sr(a) veio por orientação/ encaminhamento de um profissional/serviço de saúde ou por conta própria? ▫ Preferência? 9. Como o(a) Sr.(a) chegou aqui? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qual transporte utilizou? ▫ Qual a distância da UPA para sua casa? 10. O(a) Sr.(a) procurou algum outro serviço antes de vir à UPA? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais? Foi atendido? ▫ O Sr.(a) buscou atendimento na UBS antes de vir a este serviço? Foi atendido? <ul style="list-style-type: none"> ▪ O que achou desse atendimento? 11. O(a) Sr(a) costuma buscar atendimento nesta unidade? Quantas vezes no último ano? 12. Quando o(a) senhor(a) vem até a UPA em busca de atendimento, o(a) senhor(a) consegue?
Acolhimento
13. Quando o(a) Sr(a) entra na UPA, por onde passa primeiro? <ul style="list-style-type: none"> ▫ A espera para esse primeiro atendimento é rápida ou demorada? ▫ Quem o atende? ▫ Nesse momento o senhor consegue falar de seus problemas e necessidades de saúde? 14. O que o(a) Sr(a) acha do atendimento nessa Unidade? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Os profissionais levam em consideração a sua fala e tentam resolver seus problemas? ▫ O(a) senhor (a) compreende as informações que recebe dos profissionais de saúde desta unidade? ▫ Quando não entende tem coragem de perguntar? ▫ Os profissionais costumam perguntar se o(a) Sr.(a) tem dúvidas? 15. Se tiver uma necessidade ou não gostar de algo no atendimento, tem como reclamar? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Já aconteceu alguma vez?
Necessidade do usuário
16. O(a) Sr(a) acredita que a UPA é o lugar correto para atender sua demanda? Por quê? 17. Em que medida essa situação está atrapalhando o(a) Sr.(a)? <ul style="list-style-type: none"> ▫ No desenvolvimento do seu trabalho? Suas atividades domésticas? Autocuidado? 18. O que faz o(a) Sr(a) procurar uma unidade de saúde? [<i>sentir-se doente?</i>] 19. Para o(a) Sr(a), qual a diferença entre estar com saúde e não estar com saúde? Como se reconhece essa diferença?

20. O(a) Sr(a) se sente saudável? Por quê?
Acompanhamento UBS
21. O(a) Sr.(a) é acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde? <i>[Mais de um ano de acompanhamento e ter atendimento nos últimos 6 meses; Identificar qual a Unidade];</i>
22. Quando o(a) senhor(a) vai até a UBS em busca de atendimento, o(a) senhor(a) consegue?
23. A sua UBS atende pacientes em situação de urgência? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quais? [Nebulização, medicação venosa, pequenas suturas, etc]
24. O Sr.(a) já tentou atendimento nessas circunstâncias? Poderia contar o que aconteceu? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Recebeu atendimento? ▫ Foi regulado/transferido/encaminhado? ▫ Foi garantido deslocamento para outro serviço?
25. É possível conseguir atendimento médico na UBS sem estar previamente agendado?
26. Como acontecem as marcações de consulta médica na sua UBS (filas, senhas, dias específicos)?
27. Qual tempo médio de espera? É comum ultrapassar dois dias úteis?
28. Alguma vez já faltou algum material ou equipamento quando o(a) senhor(a) foi atendido(a) na UBS? E medicamento?
29. Quando o(a) senhor(a) necessita de encaminhamento para outros serviços (consultas especializadas, exames, internação hospitalar, atendimento de emergência), consegue? <ul style="list-style-type: none"> ▫ O(a) senhor(a) tem dificuldade de marcar consulta na UBS para ser atendido em outros serviços da rede?
30. Na maioria das vezes consegue resolver as suas demandas na UBS?
Valores
31. O Sr.(a) confia nos profissionais da UBS?
32. O Sr.(a) confia nos profissionais dessa unidade (UPA)?
33. Se o(a) senhor(a) pudesse escolher um local para ser atendido, para onde iria primeiro <i>[UPA ou UBS]</i> ? Por quê?
34. Alguma vez que o(a) senhor(a) foi à Unidade de Saúde o(a) senhor(a) foi discriminado(a) ou sofreu preconceito ou foi maltratado pelos profissionais de saúde por conta da sua cor, idade, religião, gênero, orientação sexual, hábitos culturais ou outra característica? Se sim, fale um pouco sobre isso?
35. Em sua opinião, tem algum profissional que é mais importante dentre os que trabalham nessa unidade?



APÊNDICE L

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DE PRONTO ATENDIMENTO: DETERMINANTES, ESCOLHAS E DESAFIOS ORGANIZATIVOS”

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, de autoria de **Gabriela Almeida Borges**, sob orientação de Dra. **Maria Guadalupe Medina**. Este trabalho objetiva analisar a dinâmica organizativa que se estabelece na relação entre as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Pronto Atendimento (UPA) 24h na Região Interestadual Pernambuco-Bahia (PEBA), a fim de contribuir com a identificação e elucidação de questões relacionadas à integração de serviços de diferentes naturezas e densidades tecnológicas.

A sua participação consiste em permitir a realização de uma entrevista à pesquisadora, que será gravada e orientada por um roteiro contendo questões sobre o tema. Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. Vale ressaltar que a sua participação nessa pesquisa é fundamental, porém ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

As perguntas existentes foram avaliadas para não provocar riscos ou constrangimentos para você. Importante esclarecer que a participação não envolve nenhum benefício direto ao entrevistado além da contribuição com a produção do conhecimento científico na área da saúde. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Gabriela Borges, que pode ser encontrada no endereço Rua Basílio da Gama, 1º andar, Campus Canela, Salvador, Bahia, telefone (71) 3283-7402/7403 ou e-mail borgesgabrielaa@gmail.com. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Instituto de Saúde Coletiva -ISC/UFBA, Rua Basílio da Gama, s/n - 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia. Tel: (71) 3283-7419 – E-mail: cepisc@ufba.br. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 08 às 12h e 13 às 16h.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao senhor(a) e a outra via ao pesquisador.

Declaração de aceitação

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições da pesquisa “Análise da relação entre unidades de atenção primária à saúde e de pronto atendimento: determinantes, escolhas e desafios organizativos” e aceito dela participar.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

ANEXO I

Modalidades de integração e critérios utilizados para análise.

Clínica
<p>Desenvolvimento de atividades articuladas – promoção, prevenção, cura e reabilitação.</p> <p>Abordagem integral do indivíduo, articulando a abordagem curativa com a preventiva, cuidado individual e coletivo.</p> <p>Constituição de equipes multiprofissionais que trabalham em equipe (discussão de casos pela equipe; reuniões de equipe, etc.).</p> <p>Conhecimento das complementaridades e clareza da definição de competências.</p> <p>Existência de mecanismos de gestão clínica dos casos. Circulação da informação satisfatória para o conjunto dos atores.</p> <p>Utilização de protocolos clínico-epidemiológicos.</p> <p>Discussão de casos entre profissionais de unidades distintas. Existência de protocolos clínicos.</p>
Funcional
<p>Existência de espaços reais de integração (gestão colegiada, reuniões regulares, oficinas de trabalho).</p> <p>Existência de mecanismos de uso e difusão das informações.</p> <p>Existência de mecanismos formais de comunicação entre os serviços de saúde, ágeis e oportunos.</p> <p>Implantação de ferramentas gerenciais comuns e elaboração de processos organizacionais.</p> <p>Funcionamento de centrais de marcação de consulta, exames especializados e internação.</p> <p>Medidas de garantia para a referência e contra-referência.</p> <p>Tempo adequado para encaminhamento de pacientes.</p> <p>Existência e funcionamento de sistemas de informação gerencial e de saúde.</p> <p>Controle de fluxo de pacientes para outros municípios.</p>
Normativa
<p>Compartilhamento de valores, finalidades e objetivos entre os profissionais.</p> <p>Confiança interprofissional.</p> <p>Confiança intra e interorganizacional.</p> <p>Engajamento dos profissionais.</p> <p>Engajamento dos médicos.</p>
Sistêmica
<p>Adesão e participação dos profissionais no gerenciamento local do Programa.</p> <p>Participação da população no planejamento e gerenciamento local do Programa</p> <p>Processos decisórios legítimos, transparentes e participativos.</p> <p>Instâncias colegiadas de decisão.</p> <p>Planejamento e programação municipal do Programa.</p> <p>Participação social na gestão municipal do Programa.</p> <p>Apoio institucional ao programa: apoio financeiro, apoio administrativo, capacitação dos profissionais, estabilização da equipe, formação interdisciplinar, implantação de estratégias de estruturação.</p>

Fonte: MEDINA (2006).