

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**Dissertação de Mestrado**

**Motivações dos usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à  
Saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato**

**Samanta Brizolara Coutinho**

**Pelotas, 2023**

**Samanta Brizolara Coutinho**

**Motivações dos usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, na linha de pesquisa Saúde Mental e Coletiva, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Michele Mandagará de Oliveira

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Vânia Dias Cruz

Pelotas, 2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas

Catálogo na Publicação

C871m Coutinho, Samanta Brizolara

Motivações dos usuários em condições sensíveis à atenção primária à saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento imediato / Samanta Brizolara Coutinho ; Michele Mandagará de Oliveira, orientadora ; Vânia Dias Cruz, coorientadora. – Pelotas, 2023.

82 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Atenção primária à saúde. 2. Hierarquização de saúde. 3. Utilização de serviço. 4. Condições sensíveis à atenção primária. I. Oliveira, Michele Mandagará de, orient. II. Cruz, Vânia Dias, coorient. III. Título.

CDD: 610.73

**Samanta Brizolara Coutinho**

**Motivações dos usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde  
na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato**

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 29/09/2023

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Michele Mandagará de Oliveira (Orientadora)

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo/USP

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Dias Cruz (Coorientadora)

Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Cristina Christello Coimbra

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, pela Universidade de São Paulo/USP

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liamara Denise Ubessi

Doutora em Ciências: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Federal de Pelotas

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Poliana Farias Alves

Doutora em Ciências, pela Universidade Federal de Pelotas

## Resumo

COUTINHO, Samanta Brizolara. **Motivações dos usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato**. Orientadora: Michele Mandagará de Oliveira. 2023. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde representam problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção que, na falta de atenção oportuna e efetiva, tem sua evolução suscetível à hospitalização. A Atenção Primária a Saúde deve garantir acesso satisfatório e apropriado, por isso, a necessidade de se ampliar a cobertura, para que efetivamente as condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde não sejam encaminhadas aos níveis de média e alta complexidade. Este estudo tem como objetivo conhecer as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato. Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. A coleta dos dados foi iniciada em março de 2023, logo após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com pessoas usuárias de um serviço misto de saúde, que atende pronto atendimento e atenção básica, que estavam aguardando acolhimento. Foram participantes do estudo, nove indivíduos com idades que variam entre 18 e 78 anos, sendo cinco participantes do sexo feminino e quatro participantes do sexo masculino. A técnica de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, com utilização de gravador e transcrição das entrevistas em sua íntegra. O tratamento dos dados foi realizado a partir da análise temática. Foram construídas as categorias de análise, refletindo as distintas fases de análise do conteúdo e produzidos dois temas: “Motivações de usuários com condições sensíveis à Atenção Primária a Saúde que procuraram a Unidade Básica de Atendimento Imediato” e a “Percepção dos usuários sobre o atendimento oferecido no serviço de saúde”. O primeiro tema demonstrou que os usuários procuram o serviço de atendimento imediato por condições agudas e crônicas, das quais são sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Observou-se que os principais motivos para a busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato são para a realização de imunização, exames de rotina, eletrocardiograma, situações de casos clínicos, encaminhamento para especialista, insônia, transtornos neuropsiquiátricos, dor no peito, queimação no sistema digestório, troca de receita, dor no ouvido e apresentar resultados de exames clínicos. Após a identificação destas razões, verificou-se a satisfação dos usuários com o atendimento recebido. Foi manifestada contentamento desde o momento do acolhimento realizado até a a abordagem dos profissionais de saúde e o fato da unidade de saúde ser acolhedora e próxima de suas residências. Além disso, muitos usuários não procuram exclusivamente atendimento por causa de uma doença que os acomete no momento, mas sim em busca de uma escuta terapêutica que exige atenção à saúde, o que evidencia o ambiente acolhedor proporcionado pela Unidade Básica. Portanto, o presente estudo demonstrou a Atenção a Saúde como um modelo de saúde que oferece serviços essenciais, direcionados à promoção da saúde e do bem-estar de seus usuários, oferecendo assistência preventiva e curativa, e com uma abordagem multidisciplinar, reconhecendo seus usuários como indivíduos biopsicossociais.

Entretanto, ainda é necessário ampliar a discussão sobre a oferta/acesso do serviço para estratégias de prevenção e de promoção da saúde.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Hierarquização de saúde; Utilização de serviço; Condições sensíveis à atenção primária.

## Abstract

COUTINHO, Samanta Brizolara. **Motivations of users in conditions sensitive to Primary Health Care in the search for a Basic Immediate Care Unit.** Advisor: Michele Mandagará de Oliveira. 2023. 83 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Faculty of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2023.

Conditions Sensitive to Primary Health Care represent health problems addressed by actions typical of the first level of care which, in the absence of timely and effective care, are susceptible to hospitalization. Primary Health Care must guarantee satisfactory and appropriate access, hence the need to expand coverage, so that conditions sensitive to Primary Health Care are not referred to medium and high complexity levels. This study aims to understand the motivations of users in Primary Health Care Sensitive Conditions in the search for an Immediate Basic Care Unit. Methodologically, this is a qualitative, descriptive and exploratory study. The data collection began in March 2023, shortly after the research was approved by the Research Ethics Committee, with individuals using a mixed health service that provides urgent care and primary care, who were waiting for reception. The study participants were nine individuals with ages ranging between 18 and 78 years old, five female participants and four male participants. The data collection technique was semi-structured interviews, using a recorder and transcription of the interviews in their entirety. Data processing was carried out using thematic analysis. The analysis categories were constructed, reflecting the different phases of content analysis and two themes were produced: “Motivations of users with conditions sensitive to Primary Health Care who sought the Basic Immediate Care Unit” and “Users' perception of care offered in the health service”. The first theme demonstrated that users seek immediate care services for acute and chronic conditions, to which they are sensitive in Primary Health Care. It was observed that the main reasons for seeking a Basic Immediate Care Unit include vaccination, routine exams, electrocardiograms, clinical case situations, referral to specialists, insomnia, neuropsychiatric disorders, chest pain, digestive system burning, prescription refills, ear pain, and presenting clinical exam results. After identifying these reasons, the satisfaction of users with the care received was assessed. Contentment was expressed from the moment of reception to the approach of health professionals, as well as the fact that the health unit is welcoming and close to their homes. Furthermore, many users do not seek care exclusively because of a current illness, but rather in search of therapeutic listening that requires health attention, which highlights the welcoming environment provided by the Basic Unit. Therefore, this study demonstrated Health Care as a model that offers essential services aimed at promoting the health and well-being of its users, providing preventive and curative care, and adopting a multidisciplinary approach that recognizes its users as biopsychosocial individuals. However, there is still a need to broaden the discussion on the availability/access to services for health promotion and prevention strategies.

**Keywords:** Primary Health Care; Health service hierarchy; Service utilization; Conditions sensitive to primary care.

## Resumen

COUTINHO, Samanta Brizolara. **Motivaciones de usuarios en condiciones sensibles a la Atención Primaria de Salud en la búsqueda de una Unidad Básica de Atención Inmediata**. Asesor: Michele Mandagará de Oliveira. 2023. 83 f. Tesis (Maestría en Enfermería) – Facultad de Enfermería, Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

Las Condiciones Sensibles a la Atención Primaria de Salud representan problemas de salud abordados por acciones propias del primer nivel de atención que, en ausencia de una atención oportuna y eficaz, son susceptibles de hospitalización. La Atención Primaria de Salud debe garantizar un acceso satisfactorio y adecuado, de ahí la necesidad de ampliar la cobertura, de modo que las condiciones sensibles a la Atención Primaria de Salud no sean remitidas a niveles de complejidad media y alta. Este estudio tiene como objetivo comprender las motivaciones de los usuarios de Condiciones Sensibles de Atención Primaria de Salud en la búsqueda de una Unidad de Atención Básica Inmediata. Metodológicamente se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. La recolección de datos comenzó en marzo de 2023, poco después de la aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación, con personas usuarias de un servicio mixto de salud, que atiende urgencias y atención primaria, que estaban esperando ser recibidas. Los participantes del estudio fueron nueve personas con edades comprendidas entre 18 y 78 años, cinco mujeres y cuatro hombres. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, utilizando grabadora y transcripción de las entrevistas en su totalidad. El procesamiento de los datos se realizó mediante análisis temático. Se construyeron las categorías de análisis que reflejan las diferentes fases del análisis de contenido y se produjeron dos temas: “Motivaciones de los usuarios con condiciones sensibles a la Atención Primaria de Salud que buscaron la Unidad Básica de Atención Inmediata” y “Percepción de los usuarios sobre la atención ofrecida en el servicio de salud”. El primer tema mostró que los usuarios buscan atención inmediata tanto para condiciones agudas como crónicas, que son sensibles a la Atención Primaria de Salud. Los principales motivos para acudir a una Unidad Básica de Atención Inmediata incluyen inmunizaciones, exámenes de rutina, electrocardiogramas, casos clínicos, derivación a especialistas, insomnio, trastornos neuropsiquiátricos, dolor en el pecho, ardor en el sistema digestivo, cambio de receta, dolor de oído y presentación de resultados de exámenes clínicos. Después de identificar estos motivos, se evaluó la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Los usuarios expresaron satisfacción desde el momento del acolhimento hasta la interacción con los profesionales de salud, así como el hecho de que la unidad de salud es acogedora y cercana a sus hogares. Además, muchos usuarios no buscan atención exclusivamente por una enfermedad actual, sino por una escucha terapéutica que requiere atención a la salud, lo que resalta el ambiente acogedor de la Unidad Básica. Este estudio mostró que la Atención a la Salud es un modelo que ofrece servicios esenciales enfocados en la promoción de la salud y el bienestar de los usuarios, brindando asistencia preventiva y curativa, y adoptando un enfoque multidisciplinario que reconoce a los usuarios como individuos biopsicosociales. Sin embargo, aún es necesario ampliar la discusión sobre el acceso y la oferta de servicios orientados a estrategias de prevención y promoción de la salud.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Jerarquía de salud; Uso del servicio; Condiciones sensibles de atención primaria.

## Lista de Abreviações

ACCR	Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CSAPS	Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MesH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSM	Pronto Socorro Municipal
PubMed	National Library of Medicine/ National Institutes of Health
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RTDC	Gerenciamento de Capacidade de Demanda em Tempo Real
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SmED	Standardisierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAI	Unidades Básicas de Atendimento Imediato
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

Apresentação .....	12
1. Introdução .....	15
1.1. Justificativa .....	20
1.2. Pressuposto.....	21
2. Objetivos .....	23
2.1. Objetivo Geral .....	23
2.2. Objetivos Específicos .....	23
3. Revisão da Literatura .....	24
3.1. A busca por serviços de saúde na rede de atenção .....	26
3.2. Linhas teóricas sobre a atenção primária à saúde .....	29
4. Metodologia.....	34
4.1. Caracterização do estudo.....	34
4.2. Local do estudo .....	34
4.2.1. Unidade básica de atendimento imediato .....	36
4.3. Participantes do estudo .....	36
4.4. Coleta de dados .....	37
4.5. Trabalho de Campo .....	38
4.6. Princípios éticos .....	38
4.7. Análise dos dados .....	40
5. Resultados e Discussão.....	41
5.1. Tema 1: Motivações de usuários com condições sensíveis à APS que procuraram a Unidade Básica de Atendimento Imediato .....	41
5.2. Tema 2: Percepção dos usuários sobre o atendimento oferecido no serviço de saúde.....	44
6. Considerações Finais.....	52

Referências .....	54
Apêndices .....	64
Anexos .....	74

## **Apresentação**

Eu sou Samanta Brizolara, natural de Pelotas – Rio Grande do Sul (RS), casada e tenho um filho. Atualmente, trabalho como enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Fragata e tenho me esforçado por conquistar as metas de vida a que me propus, sendo grata pelo apoio que recebi de meu esposo e de meu filho durante essa caminhada. Na infância, sempre fui incentivada pelos meus pais a estudar, mesmo eles apresentando um grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto. Estes, argumentavam sobre a importância dos estudos na minha vida futura, tanto como uma realização pessoal, quanto profissional. Esses valores fizeram de mim uma pessoa focada e idealizadora. Percebi esses objetivos e lutei por eles, principalmente durante o ensino fundamental e médio dando base para minha vida acadêmica posterior.

No fundamental, como minha mãe precisava que eu permanecesse na escola em turno integral para que ela pudesse trabalhar, estudei em colégio público e em regime de semi-internato, o Instituto São Benedito, regido por irmandades da Igreja Católica. Lá aprendi muito com as concepções de vida a mim reveladas, e tenho como exemplo a Irmã Assunta. No Ginásio do Areal, também ensino público, terminei de cursar o fundamental, partindo no ensino médio, para o Colégio Municipal Pelotense, onde concluí essa etapa de ensino. Concluí o curso técnico em Enfermagem no ano de 2005 e ingressei na graduação em Enfermagem no ano de 2007, na Faculdade Anhanguera, com o intuito de agregar valor à minha caminhada pessoal, acadêmica e profissional, me graduando ao fim dos quatro anos de curso.

Nesse período de graduação, pude vivenciar várias experiências que me fizeram ter certeza da profissão que havia escolhido. Durante este processo, houveram fatores dificultadores e potencializadores, que serviram para direcionar minha atuação profissional, assim como maturar conceitos aprendidos pelos embates entre teoria e prática, tanto da graduação como de momentos anteriores da formação e assistência como Técnica de Enfermagem.

Estes anos de alegria em desvendar uma Enfermagem muito maior que a visualizada pelo ensino técnico, andou muitas vezes em paralelo com ansiedades e temores, pois a graduação em sistema privado de ensino, apresenta desafios muito particulares e voláteis, essencialmente no campo das finanças. Esse misto de sentimentos que não experimentei sozinha, me fez desenvolver atividades paralelas

à graduação, como cuidadora de idosos, organizando os horários entre a formação e a assistência.

Durante a graduação, como parte da formação, pude vivenciar vários espaços de inserção da enfermagem na assistência, da Clínica Médica à Unidade de Terapia Intensiva Geral e Pediátrica, passando pelo setor da Nefrologia, Maternidade, Bloco Cirúrgico e Clínica Cirúrgica. Assim como, nas Unidades Básicas de Saúde no bairro da Leocádia e COHAB Lindóia, em Pelotas-RS, o que exigia de mim uma rápida adaptação às rotinas desses espaços, a fim de prestar a melhor assistência e aproveitar ao máximo a oportunidade do estágio.

Depois de concluir a graduação, trabalhei 11 anos no Hospital Beneficência Portuguesa, experiência que me permitiu ter uma perspectiva diferente da oportunidade acadêmica, principalmente em relação a carga-horária na assistência e o desconhecimento de processos gerenciais, entre outros aspectos da rotina de trabalho que se mostraram estressores do serviço prestado aos usuários do setor que atendia.

No último semestre da graduação, foram ofertados na Faculdade Anhanguera de Pelotas, dois cursos de especialização, conforme a preferência e o interesse dos alunos. Interessei-me por Didática e Metodologia no Ensino Superior e cursei-o paralelamente à graduação. Também tive a oportunidade de concluir, em 2011, a especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na Universidade Federal de Pelotas (UFPEl). Neste momento, faltam poucas disciplinas para concluir a terceira especialização, a de Saúde Pública. O aprofundamento dos estudos nessa área, me incentivou a optar pela linha de pesquisa: Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde, na seleção do Mestrado em Enfermagem. As especializações me propiciaram o aprimoramento na minha profissão, bem como despertaram o interesse para uma outra vertente da enfermagem, a docência.

Atuo como supervisora de estágio curricular desde 2016, para os graduandos de Enfermagem (FEN) da UFPEL na Unidade Básica de Atendimento Imediato Navegantes (UBAI-Navegantes). Além disso, conto com quatro anos de experiência em regime estatutário na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pelotas, em um pronto-atendimento, acompanhando alunos do Técnico de Enfermagem da Escola Estilo. A vivência como docente na Faculdade Anhanguera de Pelotas, em 2019, também contribuiu para a minha escolha na linha de pesquisa pretendida no

mestrado.

Essa primeira experiência, em associação a outras que tive, não apenas no setor hospitalar, mas em serviços ambulatoriais, me fizeram questionar as influências sobre a prática profissional da enfermagem no SUS, que se caracteriza pela descentralização e regionalização. Como enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Fragata, desde o ano de 2018, tenho colaborado com o projeto de extensão Barraca da Saúde da Universidade Federal de Pelotas - FEN, no qual me aproximei novamente da academia, do ânimo dos colegas, com suas histórias sobre a extensão universitária. Assim, conheci a professora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Michele Mandagará de Oliveira, com quem tive vários diálogos sobre o tema da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os quais me fizeram perceber os vários aspectos de qualidade e quantidade de tecnologias duras, leve-duras e leves, disponíveis aos gestores municipais, estaduais e federais, capazes de ordenar racionalmente os recursos, mas que carecem de diálogo com as equipes e, na prática, apresentam diversas fragilidades (Brasil, 2010; Moll *et al.*, 2017; Bandeira; Campos; Gonçalves, 2019).

Associada às novas energias, por participar da Barraca da Saúde e o apoio da minha família, conhecer a professora Michele M. Oliveira me encorajou a refletir sobre a minha possível retomada dos estudos de Pós-Graduação e, também, a me manter cada vez mais próxima da academia, dar continuidade aos meus estudos e me aprimorar como pesquisadora.

Responder a questão de pesquisa do presente projeto, sobre as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato, será de grande valia pela possibilidade de apresentar uma proposta para melhoria da assistência em saúde na minha comunidade. A partir das reflexões apresentadas, será possível propor intervenções de qualificação do Sistema Único de Saúde e instigar a reflexão de enfermeiros para que tenham a compreensão da importância da RAS e das maneiras de realizá-la de forma funcional e otimizada.

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: introdução, justificativa, objetivos, revisão de literatura, linhas teóricas sobre a Atenção Primária à Saúde, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

## 1. Introdução

As Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAPS) representam problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção que, na falta de atenção oportuna e efetiva, tem sua evolução suscetível à hospitalização. A lista desses agravos à saúde inclui pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e hipertensão, asma, entre outros (Pereira; Silva; Lima Neto, 2020).

A lista de CSAPS é composta por 19 grupos diagnósticos: gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto (Brasil, 2008). Esta lista viabiliza a inclusão de indicadores na área hospitalar, para serem utilizados como medida de referência para o funcionamento da atenção básica brasileira e da ESF, com o intuito da redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em diversos países (Brasil, 2008).

Quando a Atenção Primária à Saúde (APS) não garante acesso satisfatório e apropriado, pode gerar uma demanda exagerada para os níveis de média e alta complexidade, provocando retornos impróprios de cuidado e aumentando custos e gastos desnecessários (Albieri, 2018). A APS tem sido apresentada como um sistema adotado por diversos países desde a década de 1960, por oportunizar um acesso mais efetivo ao sistema de saúde, contrariando a lógica curativa, individual e hospitalar, instituindo um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (Aguilar, 2015).

Necessidades de saúde são bastante complexas, e, em geral, não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação do cuidado dispensado pode resultar em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva, além de não atender as necessidades do paciente. Orientá-los sobre a importância de encontrar o seu caminho, na rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade das ações, requer reconhecimento dos problemas e seguimento constante (Borges; Lima; Santos, 2021).

A necessidade de uma ação urgente de todos os governos, trabalhadores da saúde e da comunidade mundial para promover saúde de todos os povos do mundo, resultou, em meados 1978, na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Em termos conceituais, foi a partir dessa Conferência que se buscou a primeira definição para Atenção Primária à Saúde, descrevendo as ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países, sendo elas: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (Pisco; Pinto, 2020).

A OMS enfrentou fortes resistências, uma vez que a proposta da APS defendida e preconizada em Alma-Ata, conflitava frontalmente com interesses políticos e econômicos. Em 1980, a crise no sistema de saúde aliada às necessidades de mudanças, abre espaço para a construção de um novo projeto para o setor, o Sistema Único de Saúde (SUS), definido por três características principais: a criação de um sistema nacional de saúde; a descentralização das ações e a participação de todos os atores envolvidos com a política (gestão, trabalhadores e comunidade). No início da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. Tem-se assim, de um lado, a carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor; de outro lado, os resultados positivos alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS) quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Dessa forma, foi visualizada uma nova forma de expandir as ações do PACS na região urbana, a partir da criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família, compreendido, desde 2006, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como referência a promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde (Durão, 2021).

A ESF apareceu como uma tentativa de reorganização dos níveis de assistência à saúde de forma a racionalizar o atendimento, colaborando para o progresso do acesso e a qualidade do atendimento da APS. No entanto, sabe-se que os investimentos financeiros realizados em saúde no Brasil, nos três níveis de

atenção, ainda são escassos, principalmente na atenção primária, devido a uma visão distorcida da sua complexidade, que leva à desvalorização deste nível de atenção (Mendes, 2013). Diante disso, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, foi publicada em 2010 a Portaria GM nº 4.279, como estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais (Brasil, 2010).

Esta discussão se faz necessária diante de um perfil epidemiológico alarmante, comumente caracterizado pela tripla carga de doenças. Este processo, decorre de profundas transformações demográficas e epidemiológicas, que impactam diretamente no Sistema Único de Saúde. Uma das principais consequências, é a ascensão das condições crônicas de saúde e as dificuldades e a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado em eventos agudos e organizados segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização (Mendes, 2013).

Dessa forma, é urgente que se estabeleçam novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, que considerem as reais necessidades de saúde da população, e que de fato sejam efetivos e eficientes. Assim, a proposta de organização do Sistema de Saúde, para melhor atendimento das condições agudas e crônicas, deve se dar em rede, compreendendo que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) trata-se de um conjunto de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 4). Esses arranjos propõem a otimização da oferta em saúde perto realizada pelo SUS e consideram vários aspectos de qualidade e quantidade de tecnologias duras, leve-duras e leves, disponíveis e à disposição dos gestores municipais, estaduais e federais para colocar a serviço da população (Moll *et al.*, 2017; Bandeira; Campos; Gonçalves, 2019).

O manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde, publicado no ano de 2021 pelo Ministério da Saúde, informa que a APS pode se tornar efetiva na resolução dos problemas de saúde dos brasileiros, apontando que “o Pagamento por Desempenho se apresenta como um incentivo potente na instituição de mecanismos mais efetivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS” (Brasil, 2021, p. 21). Entretanto, deve-se considerar a diversidade geográfica, sócio-econômica e demográfica do Brasil.

A recente implantação e implementação do “Previne Brasil”, pode contribuir para ampliar as desigualdades nos repasses de recursos federais para APS, uma vez que considera exclusivamente o financiamento pela capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, conforme apresentado por Tasca *et al* (2021), em Nota técnica da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Isso acontece porque “as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores”, em detrimento do número de habitantes e das equipes de ESF, retirando o princípio da universalidade, uma vez que o número de pessoas cadastradas é inferior ao número de habitantes (Massuda, 2020, p. 1181; Brasil, 2019).

Do mesmo modo, podem ser criados mecanismos que impeçam o cadastramento ou sua real existência, bem como, a ocorrência de embargos, dada a complexidade do processo de registros (Jegers *et al.*, 2002; Hone *et al.*, 2017; São Paulo, 2019). Além disso, mesmo que se mantenha a regularidade no cadastramento, os municípios podem fazê-la às custas da manutenção da qualidade e da inclusão dos serviços, principalmente os que não possuem estímulos ou retribuições (Massuda, 2020).

Igualmente, o pagamento por desempenho não garante melhorias na conclusão dos processos de saúde, podendo, ainda, ocasionar em atenção dirigida somente aos conjuntos que são avaliados (Ryan *et al.* 2016; Massuda, 2020). Fora isso, pode haver negligência no alcance da APS, devido ao fato de não haver financiamento ao NASF (Tesser; Poli Neto, 2017).

A partir da implementação das RAS, a APS passou a ter papel chave na estruturação da rede, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos do cuidado, sendo fundamental na constituição do sistema de saúde, por sua proximidade com os indivíduos, família e comunidade, desempenhando ações de saúde e também conectando os demais pontos de atenção (Brasil, 2014). Todavia, “os recursos provenientes da APS ainda são insuficientes com algumas limitações no processo da gestão e do cuidado ao indivíduo”, além do mais, as mudanças sofridas acarretam em fragilidade no vínculo com a população, bem como, na abordagem familiar e comunitária, fazendo sobressair a necessidade de maiores investimentos e ampliação da APS (Soares, 2023, p. 19; Brasil, 2017; Giovanella *et al.*, 2021).

Apesar dos evidentes avanços no SUS e na APS, mesmo tendo a APS como

principal porta de entrada e coordenadora do cuidado, ainda persistem inconsistências, pois alguns entraves dificultam comprovar as reduções de internações por condições sensíveis na Atenção Primária, tais quais, o uso de diferentes listas de internações relacionadas às condições sensíveis, embaraçando a conferência dos resultados, e a falta de informações que permitam analisar os impasses dessas internações em semelhança às outras causas de hospitalizações (Simão; Magalhães, 2021).

Nos Estados Unidos, em meados de 1980, a partir da averiguação das internações hospitalares, foi elaborado um indicador que analisa os cuidados prestados nos serviços ambulatoriais. Na década de 1990, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) passaram a ser utilizadas para verificar a qualidade dos serviços prestados na APS em países como Espanha, Austrália, Canadá e Brasil. O indicador, logo, é empregado como uma forma de avaliar a entrada, a cobertura, a condição e a atuação da APS. As ICSAPs, compõem um conjunto de morbidades que pode ser atendido de forma efetiva e adequada pela APS, sem a necessidade, a princípio, de hospitalização (Lima Nichiata; Bonfim, 2019).

Nesse sentido, no ano de 2008, no Brasil, foi publicada a Portaria nº 221, que trata sobre a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Anexo A). Estas, que estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), podem ser utilizadas como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Brasil, 2008).

Dessa forma, a elevada busca pelos serviços de urgência e emergência, sugerem a existência de problemas na APS, induzindo o usuário à procura de serviços de maior complexidade tecnológica, não obedecendo à ordenação da assistência à saúde, que tem como porta de entrada a Atenção Primária. A implicação desse processo migratório de saúde para as unidades de pronto-socorro, induz à superlotação e à sobrecarga desse setor (Baratieri *et al.*, 2021).

A escassez de profissionais de saúde e de recursos materiais/tecnológicos na APS é uma das situações que podem levar o usuário, em muitas ocasiões, a deixar de lado a lógica territorial, optando por serviços de atenção de média e alta complexidade. O serviço de pronto atendimento não foi criado para prestar cuidado

contínuo, oferecido espacialmente pelo primeiro nível de atenção, mas sim, acolher e assistir pessoas com agravos à saúde, e que necessitam de atendimento de urgência e emergência. No entanto, o pronto-atendimento permanece, historicamente, sendo escolhido pelos usuários como o serviço de primeiro contato, interferindo na qualidade da assistência e resultando em superlotação e sobrecarga dessa unidade (Lemes *et al.*, 2015).

### 1.1. Justificativa

É necessária a realização de estudos que identifiquem as condições sensíveis à APS que estão sendo atendidas nas unidades de pronto atendimento, bem como, os motivos que levaram a população a buscar esse atendimento, para que possam colaborar para o pleno desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde no âmbito comunitário.

Em serviços de atendimento imediato é percebida a procura de usuários com quadros, muitas vezes, passíveis de serem atendidos na APS. Sabe-se que o sistema de saúde é estruturado em redes, com diferentes níveis de atenção e densidade tecnológica, porém todos com a mesma importância e com o atendimento de acordo com as necessidades de saúde do usuário. Entretanto, a procura do serviço de saúde de urgência e emergência por aqueles em condições sensíveis à APS pode representar uma situação indesejada, afetando a qualidade dos programas e serviços (Rissardo *et al.*, 2016).

Estudos apresentam um aumento na procura de serviços de urgência e emergência, devido a agudização de doenças crônicas sensíveis à Atenção Primária. A exposição a condições de risco, devido a superlotação do pronto-atendimento está relacionada ao elevado número de mortes em pouco tempo, atrasos no atendimento e pior experiência do paciente (Chang *et al.*, 2018).

A maioria dos usuários que buscam um pronto-socorro não necessitam de um atendimento imediato e, nos últimos anos, essa procura aumentou, ocasionando aglomeração de pacientes nos serviços de emergência, demandas excessivas dos serviços médicos de emergência e realização de cuidados primários fora do expediente da APS. A alta demanda repercute em vários efeitos negativos, como o alto uso de recursos materiais, aumento dos custos de saúde e carga de trabalho excessiva para os profissionais de saúde. Esta situação pode causar maior risco de

erros, tempos de espera mais longos para os pacientes, atraso no tratamento e insatisfação do paciente e dos trabalhadores (Huibers *et al.*, 2020).

As justificativas dos usuários para procurarem os serviços de pronto atendimento ou pronto socorro como primeira opção são diversas, entre elas: a percepção subjetiva de urgência; a ansiedade; o valor da garantia dos serviços prestados; a conveniência, como localização, não necessidade de agendamento e horário de atendimento; e razões individuais do usuário, como o custo (Coster *et al.*, 2017). Já os motivos que levam a população a procurar o serviço de saúde na atenção primária, mostram-se como um interesse mais aguçado por encaminhamentos e consultas médicas especializadas, além da recorrente busca de medicamentos da farmácia. Acredita-se que essa forma de assistência dificulta o acompanhamento dos casos crônicos na APS (Silva *et al.*, 2020).

A adesão do usuário na APS é influenciada pelo acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculo. As ações prestadas procuram envolver o usuário no seu planejamento de cuidado e atitudes, visando a prevenção, a promoção e a reabilitação das condições de saúde (Queiroz *et al.*, 2021).

A busca por determinado serviço de saúde, muitas vezes, não está focado na sua qualidade, e, sim, na sua rapidez, mostrando-se um contrapor da população pelo sistema, no momento em que não se realiza esse atendimento. Nessa perspectiva, o presente estudo se justifica a fim de sinalizar e refletir, sobre as ações necessárias capazes de diminuir a distorção do fluxo de atendimento, propiciando planejamento e reorganização de todos os níveis de atenção em saúde e atender as necessidades de saúde das pessoas usuárias, para além da assistência pontual, mas com prevenção, promoção, entre outras medidas.

Com isso, apresentamos a seguinte questão investigativa: **Quais são as motivações dos usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por Unidade Básica de Atendimento Imediato?**

## 1.2. Pressuposto

Esta pesquisa partiu da hipótese que os usuários desconhecem a organização da rede de saúde e esta suposição acerca do desconhecimento da organização da RAS surgiu da percepção que grande parte dos usuários busca acesso equivocado em outros níveis de atenção que não a APS. Como consequências

desse acesso equivocado, pode-se observar, também, a sobrecarga nos demais níveis de atenção à saúde, a queda na qualidade da assistência, entre outros impactos.

De modo a atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, o SUS foi organizado por meio de atenção primária, secundária e terciária, cujo acesso acontece por demanda espontânea ou referenciada (Brasil, 2010; 2013). Neste sentido, a APS deve ser a porta de entrada do usuário no SUS, com vistas ao monitoramento de saúde e à atenção em emergências; a atenção secundária concentra a assistência para a resolução de demandas de urgências e emergências; e a atenção terciária centraliza procedimentos de alta densidade tecnológica (Brasil, 2010; 2017; 2002).

Apesar desta disposição, alguns estudos demonstram que não existe consenso entre a população acerca da organização da rede de saúde. De acordo com Silva *et al* (2020, p. 1), os usuários do sistema de saúde conhecem os princípios da universalidade e da gratuidade, bem como, as “ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, mas [demonstram] dificuldade em associar a atenção básica à assistência integral à saúde”, evidenciando desconhecimento acerca da organização da RAS.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo Geral**

Conhecer as motivações de usuários com Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que fizeram busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Descrever a percepção dos usuários em relação ao serviço de saúde utilizado.

Conhecer os principais agravos à saúde que motivam os usuários a buscarem a unidade básica de atendimento imediato.

### 3. Revisão da Literatura

A fim de melhor conhecer as condições de saúde sensíveis à APS, foi necessário ler, escrever e refletir sobre as questões que influenciam o acesso da população na rede de atenção à saúde. Para isso, foram realizadas buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no mês de junho de 2021, utilizando o filtro de cinco anos (2015-2021).

A presente revisão integrativa foi desenvolvida a partir das seguintes etapas: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa; 2. Amostragem ou busca na literatura; 3. Categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. Interpretação dos resultados; 6. Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa publicados a partir de 2015 até 2021, com o intuito de localizar os estudos mais atuais, que apresentassem a temática no título e/ou resumo, nos idiomas português, inglês e espanhol, e disponibilizadas na íntegra por meio de acesso eletrônico público ou remoto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Destes, foram excluídos os estudos de revisão e artigos que, após leitura na íntegra, não abordassem a temática nos resultados.

Foram utilizados os descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e Mesh (Medical Subject Headings): superlotação de emergência; hierarquização de saúde; utilização de serviço. Após a definição e a combinação dos descritores, com a utilização do operador booleano AND, chegou-se as seguintes estratégias de busca: na base de dados LILACS e SciELO - *Emergency overcrowding AND health ranking AND service utilization* e nenhuma produção foi encontrada. Na base de dados PubMed, usando os descritores - *Emergency overcrowding AND health ranking AND service utilization*, a busca inicial resultou em 130 artigos.

Após verificação da linguagem (português, inglês e espanhol) e o ano de publicação (últimos 5 anos), restaram 72 artigos para análise dos títulos e dos resumos, estando apenas 26 relacionados à temática da pesquisa. Após leitura completa dos materiais, obteve-se 9 artigos para análise final.

Para a análise das produções, foi organizada e preenchida uma ficha de

extração de dados composta pelos seguintes itens: identificação do artigo, escolha dentro dos últimos cinco anos, idiomas (português, inglês e espanhol), título, resumos e leitura completa, delineamento e principais resultados (Apêndice E). Os achados foram discutidos em dois temas: identificação dos trabalhos e teor de seus conteúdos.

No tocante à identificação dos artigos, o *corpus* gerado pelo levantamento bibliográfico, que consistiu de 9 (nove) produções, teve os dados obtidos organizados e analisados sob os seguintes recortes: ano e tipo de publicação; periódico e base de indexação; e região e metodologia.

Em relação ao ano de publicação, foram encontrados: um (11,2%) trabalho publicado em 2017, três (33,3%) em 2018, dois (22,2%) em 2019 e três (33,3%) em 2020, sendo todos artigos acadêmicos. Todos os estudos se encontram publicados em periódicos indexados na base de dados PubMed, sendo que foram publicados em cada dos seguintes periódicos: Wilely, Medicina de Emergência; BMJ Open; West j Emerg Med; HHS Public Acces; PubMed; International Journal of Environmental Research and Public Health; Israel Journal of health policy Research; JMIR Formative Research; e BMC Emergency Medicine.

Na análise de produção por região, constatou-se que a maioria dos registros está concentrada nos Estados Unidos da América, com oito (88,8%) artigos, e um (11,2%) proveniente da Alemanha, sendo publicados na língua inglesa. Quanto à metodologia, os estudos utilizaram os seguintes métodos: Revisão sistemática e síntese narrativa, Revisão de estudos mistos, Análise secundária de vários anos do banco de dados NHAMCS de 2009-2011, Método misto, Análise investigativa, Estudo multicêntrico prospectivo no ED do Bichat University Hospital em Paris (França), Estudo de caso, Avaliação qualitativa e Estudo analítico transversal observacional, sendo realizados com pessoas usuárias de serviços de urgência e emergência e com profissionais dos respectivos serviços.

Quanto ao seu teor, verificou-se que todos os estudos apresentaram transparência em relação aos objetivos propostos, procurando elucidar questões relacionadas aos ambientes de atendimento. Com referência aos resultados, considerando, a temática proposta pela presente revisão, ou seja, relacionado ao acesso aos serviços de saúde, conforme o fluxograma com as refinações dos artigos, foi observado que apenas nove artigos atenderam a referente temática, resultando o seguinte subcapítulo deste trabalho: “A busca por serviços de saúde na rede de atenção”. Após, serão apresentadas reflexões sobre as “Linhas teóricas que norteiam

a atenção primária à saúde”.

### 3.1. A busca por serviços de saúde na rede de atenção

Dentre os principais resultados observados, se tem a satisfação com os serviços, a garantia de acesso e a confiança no serviço. Do mesmo modo, foi observado, em estudos com os profissionais, o aumento na carga de trabalho.

A OMS definiu saúde, em 1947, como um estado em que o indivíduo apresenta um completo bem-estar físico, mental e social, diferente de apenas à ausência de doença ou enfermidade. Sabendo disso, é importante que as políticas públicas busquem atender não somente medidas curativas, mas que, através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), possam proporcionar uma qualidade de vida saudável e adequada (OMS, 2006; Brasil, 2017).

As RAS são consideradas como estruturas organizativas de ações e serviços de saúde, que garantem o cuidado integralizado através de sistemas integrados de apoio técnico, logístico e de gestão, além de objetivar uma atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada, promovendo o desempenho do sistema em relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica (Brasil, 2017).

A classificação do atendimento em urgência está interligada à gravidade da patologia, rapidez da progressão e a necessidade ou não de internação. No sistema de saúde brasileiro, os pacientes complexos e graves são aqueles que requerem procedimentos especializados de urgência e necessitam ser encaminhados para o atendimento de nível terciário (Gomes *et al.*, 2020).

O atendimento de urgência deve ser prestado a todas as pessoas que passam por situações de doenças agudas ou lesões que exijam intervenção imediata e impeçam a deterioração, invalidez ou morte. Os serviços de cuidados de urgência e emergência trazem eficiência e oportunidade para a população, proporcionando acesso universal e buscando alcançar as metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável para doenças transmissíveis e não transmissíveis, maternas e saúde infantil, doenças mentais, vícios e lesões, por isso, são essenciais para iniciativas de saúde pública (Phillips *et al.*, 2020).

O encaminhamento desnecessário dos pacientes aos serviços de urgência e emergência pode resultar em superlotação, aumento da mortalidade, principalmente

entre pessoas idosas, atrasos na administração de terapia crítica e descontentamento do paciente (Oosterwold *et al.*, 2018). Nesse sentido, algumas estratégias podem ser utilizadas para adequar os fluxos de atendimento na rede de saúde. Uma vez identificados os fatores que influenciam a aglomeração nas unidades de emergência e o tempo de permanência do paciente, modelos de agendamento e controle podem ser desenvolvidos para garantir que a emergência ofereça um serviço mais eficiente (Wachtel; Elalouf, 2020).

A Rússia, por exemplo, passou a ter um melhor gerenciamento das situações após identificar: o tempo de espera do paciente para o atendimento ou transferência de unidade; a frequência repetitiva de usuários no serviço sem ter urgência de saúde; os recursos materiais e humanos necessários para prestar o atendimento e o período do ano que apresentam maior demanda de usuários. Esse controle contribuiu para a diminuição do tempo de espera no pronto-socorro, aprimorando a qualidade do serviço (Wachtel; Elalouf, 2020).

Outra situação que influencia na aglomeração dos serviços de urgência e emergência é a presença de familiares que acompanham os pacientes. Sabe-se que um familiar pode contribuir e facilitar a evolução do paciente, ajudando a esclarecer a situação de saúde ou participando no deslocamento na realização de exames. Entretanto, ao mesmo tempo, podem interferir na conduta de médicos e outros profissionais da saúde e prejudicar na locomoção dos trabalhadores dentro do ambiente de trabalho. Dessa forma, vários hospitais já limitaram o número de acompanhantes a um por paciente (Wachtel; Elalouf, 2020). Além disso, há um aumento desigual nos serviços de visitas de emergência para idosos em todo o mundo (Gomes *et al.*, 2020).

Por outro lado, determinações erradas dos profissionais do serviço sobre não encaminhar os pacientes para o pronto-socorro podem levar a situações de risco à saúde e até à morte (Paulin *et al.*, 2021). Entende-se que erros podem ser ocasionados por diferentes determinantes, todavia estes devem ser analisados para que se estabeleçam medidas profiláticas que resultem em melhorias na conduta dos profissionais (Galiza *et al.*, 2014).

Um fator relevante de competência e de administração de recursos materiais e mão de obra por profissionais que mostram empatia no que fazem, dentro de uma instituição hospitalar está relacionado à busca desse serviço pelos pacientes. O acolhimento correto desses usuários facilita o tratamento benéfico, espera mínima,

exposição mínima aos riscos associados à hospitalização e uso eficiente de recursos (por exemplo, de camas, equipe clínica e equipamento médico). O movimento contínuo dentro do serviço de urgência e emergência para os pacientes indica que é um determinante para usufruir serviços especializados no momento da internação. Esses pacientes no momento da admissão são indicados de serviços referentes, muitas vezes, da atenção básica e outros serviços complementares de atendimentos e até o próprio serviço de emergência, e áreas de procedimento ou unidades de tratamento perianestésico em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) (Barnes *et al.*, 2016).

O gerenciamento de capacidade de demanda em tempo real (RTDC) é um grande avanço em curto prazo. Trata-se de um novo método desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* que identificou resultados bem-sucedidos, porém variáveis, quando testado em hospitais. O processo de RTDC envolve quatro partes: 1- capacidade de previsão; 2- previsão de demanda; 3- desenvolvimento de um plano; e 4- avaliação do plano. O processo do RTDC foi um consenso através de uma reunião entre médicos, com a possibilidade de um número maior de pacientes que ganharam alta no mesmo dia. Com essas liberações diárias de demanda, o grupo oferece os leitos que foram desocupados para os novos pacientes admitidos, preferindo os pacientes atuais que podem receber alta. A implementação do RTDC apresenta uma mudança de cultura, já que os profissionais se detêm em um turno exclusivo para organizar e focar no fluxo do paciente. Os pesquisadores do RTDC analisaram que esse método, no seu início de aprendizado, pode diminuir os norteadores do fluxo de pacientes nos hospitais. Esses norteadores abrangem o tempo de espera no pronto-socorro, os pacientes que saíram sem serem vistos e os internamentos noturnos na SRPA (Resar *et al.*, 2011).

No início do ano de 2019, um *software* baseado em computador, o *Standardisierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland* (Avaliação médica inicial padronizada na Alemanha, em português), foi efetuado no Joint Counter, junto com um número de telefone, para auxiliar os profissionais de saúde a direcionar os pacientes no caminho certo de atendimento e, logo, restringir visitas não adequadas ao pronto-socorro (Roth *et al.*, 2020).

Com uma simulação suficientemente detalhada do fluxo do paciente no pronto-socorro, as previsões de um futuro próximo de quase todas as medidas de aglomeração de interesse podem ser obtidas a partir de um único modelo. No entanto,

até onde sabemos, nenhum estudo anterior explorou a capacidade dessa avaliação. O primeiro objetivo deste estudo, foi desenvolver uma simulação em computador para o propósito específico de previsão em tempo real das condições de operação do ED. No entanto, há muitos fatores individuais, organizacionais e relacionados ao sistema de saúde que necessitam ser compreendidos, a fim de otimizar a rapidez e abrangência dessa implementação (Roth *et al.*, 2020).

Considerando os principais aspectos elencados, que são a satisfação com os serviços, a garantia de acesso e a confiança no serviço, a identificação dos pontos frágeis devido a falhas individuais e/ou no sistema pode levar à mudanças que potencializem uma assistência qualificada. A apreensão das contradições instrumentaliza para o desenvolvimento de medidas que tragam facilitadores para o desempenho das atividades no serviço de saúde.

### 3.2. Linhas teóricas sobre a atenção primária à saúde

A prevalência da ditadura militar, na década de 70, trouxe grandes entraves na questão sócio-econômica em relação à centralização de renda e a pauperização da população, promovendo tensão social. Com isso dentro do território brasileiro cada estado, dentro de suas competências, precisou reagir, ofertando serviços básicos, ainda que não o suficiente e de qualidade na sua utilização (Massaia; Carneiro Júnior, 2018).

Neste período as Faculdades de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e, também, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, conseguiram reorganizar seus cursos que eram de ensino tradicional, transformando num olhar integral, potencializando o serviço de saúde no aprimoramento das políticas públicas e democratizando o Estado. Ao final da década de 70, com toda essa movimentação da integralidade, universalidade e equidade, as unidades básicas se expandiram para outros territórios. No Brasil, vieram a ser concretizadas na Constituição de 1988 (Massaia; Carneiro Júnior, 2018). Durante os anos de 1980, o setor saúde teve uma atenção direcionada com as iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), concentrando-se para um movimento mais vasto de formulação de políticas públicas norteadas para os direitos de cidadania (Massaia; Carneiro Júnior, 2018).

A APS foi interpretada de diferentes maneiras relacionada às suas práticas na assistência à saúde, por ter conceitos duplicados nos foros internacionais e, também,

nas instituições escolares com pensamentos errôneos e sanitaristas. Com isso, havendo interpretação como atenção primária seletiva, destinada às pessoas mais carentes, usufruindo de uma tecnologia simples e com custo acessível e organizado (Pinto *et al.*, 2019).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011; 2017), a atenção básica, como é referenciada no Brasil, é a porta de entrada de saúde para a assistência da população, cumprindo um papel importante nas RAS pela comunicação, a forma de estruturar, ordenar e coordenar o cuidado. E nesse cuidado, se tornam relevantes sete atributos: primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; coordenação, centralidade na família; abordagem familiar; e orientação comunitária.

Neste sentido, a atenção primária é o primeiro contato de assistência à saúde, responsável longitudinalmente, independente da presença de saúde ou doença; a integridade inclui os aspectos físicos, psicológicos e sociais que ultrapassam a barreira da capacitação da equipe, sendo um dos atributos importantes para resolver os problemas da população. A coordenação, ocorre pela interação dos serviços e informações de saúde que suprem as prioridades do usuário para atender às suas necessidades de enfermidade e, no contexto da família e comunidade, percebe-se que é através do estilo de vida, ambiente e antecedentes culturais que se molda o usuário nesta vivência (Starfield, 2002).

As ICSAPs são um dos indicadores utilizados para avaliar a APS em todos os países seguindo o modelo de Caminal-Homar & Casanova-Matutano (Alves, 2018). Este, foi ajustado para as condições brasileiras, a fim de desenvolver uma assistência de qualidade, que reflita na redução das internações hospitalares e na demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Esse indicador, foi desenvolvido a partir de uma lista composta por 19 grupos de causas e diagnósticos, de acordo com a CID-10, na forma de anexo da Portaria SAS nº 221, de 17 de abril de 2008 e já é utilizada em algumas secretarias de estado de saúde (Brasil, 2008).

Percebe-se, em relação a busca da população pelo serviço de pronto atendimento, que a maioria das demandas estão relacionadas a dor de cabeça, dor de garganta, febre de três dias e quadro inicial da dengue, sintomas, esses, que poderiam ter sido atendidos e resolvidos na APS, evitando, assim, fila de espera desnecessária e sobrecarga do serviço, uma vez que a atenção primária à saúde apresenta capacidade de resolver 85% dos problemas, sem necessidade de buscar o pronto atendimento (Conass, 2019). Para que esse ideal seja alcançado, é necessário

investir em práticas de educação permanente.

Com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a qualificação profissional entrou em pauta, a fim de discutir e refletir sobre novos processos de organização e capacitação dos profissionais, na intenção de oportunizar saúde para todos e reduzir as diferenças de níveis sociais. A capacitação de profissionais faz despertar o raciocínio crítico para resolver os problemas, obtendo um pensamento direcionado às políticas e práticas na educação e em saúde (Brasil, 2012).

Com o surgimento do SUS e a descentralização dos serviços, se fez necessário recapitular as práticas e ajustar os processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde, administrando o número de recursos humanos nas unidades, a partir de uma logística dinâmica sobre o trabalho e a educação em saúde (Opas, 2018). Mendes, Silveira e Galvão (2008) menciona que as práticas de saúde são um assunto discutido há muito tempo, trazendo riquezas de conhecimento no mercado de trabalho relacionados à saúde e sociedade, no entanto, percebe-se que o acúmulo de conhecimento dos profissionais de saúde, muitas vezes, percorre em busca da subespecialidade, oferecendo uma saúde fragmentada, sem interesse e com pouca competência para resolver as enfermidades da comunidade.

Além disso, a população habituada com o modelo biomédico e hospitalocêntrico, acaba por não reconhecer a importância do atendimento dos demais profissionais de saúde na APS. Nesse sentido, Starfield (2002) ressalta a responsabilização de todos os profissionais de saúde frente às práticas de promoção, prevenção e recuperação dos usuários, sendo necessário desenvolver maior conscientização da população.

A PNAB é resultado de vários atores envolvidos, historicamente, na progressão e na solidificação do SUS, a partir de movimentos sociais. Esta portaria normatiza a organização em RAS como estratégia para um cuidado integral conduzido às necessidades de saúde da população, destacando a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e concordância da Atenção Básica. Ela reconhece que outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios devem seguir seus princípios e diretrizes, de acordo com as especificidades locais, ressaltando a

dinamicidade do território e a existência de populações específicas de responsabilidade com a equipe, enquanto estiverem no território, conforme a política de promoção da equidade em saúde do SUS (Brasil, 2017).

A Atenção Básica, considera sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde, a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, para a promoção da saúde (Brasil, 2017).

O sistema de saúde passa a ser organizado por nível de atenção (primário, secundário, terciário), sendo o primeiro nível, a APS, considerada o início do primeiro contato com a população, a porta de entrada da rede. A ideia de uma porta faz sentido, pois os indivíduos que acreditam que têm o problema de saúde deveriam poder consultar com um profissional que pudesse ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional, ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser alcançada ou adiada, incorrendo em gastos adicionais (Starfield, 2002).

A fim de facilitar o acesso da população na APS, tem-se investido no acolhimento de livre demanda. O acolhimento implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, ouvindo sua queixa e considerando suas preocupações e angústias, a partir de escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas e externas dos serviços de saúde, garantindo a continuidade da assistência. A organização do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população (Giordani *et al.*, 2020).

No Brasil, desde 2006, por meio do Programa “Humaniza SUS”, destaca-se a importância do acolhimento em todos os níveis de atenção à saúde, a fim de prestar atendimento de qualidade, identificando a real necessidade dos sujeitos de forma oportuna e reduzindo a procura de atendimento nos serviços hospitalares (Brasil, 2014). Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências e à Rede de Atenção às Urgências no SUS, a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos

demandados aos serviços de saúde, em todos os pontos de atenção, são determinantes para qualidade da atenção e resolutividade das necessidades de saúde e constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda rede (Brasil, 2011).

Na APS o acolhimento pode ser desenvolvido tanto de forma individual, quanto na comunidade, a partir de rodas de conversas, terapia comunitária e grupos de convivência (artesanato, caminhada). Nas Unidades de Atenção Especializada, pode-se flexibilizar a agenda de modo a garantir prioridade para pacientes que necessitem de agilidade diagnóstica, terapêutica e, também, atendimento às intercorrências (Baratieri *et al.*, 2021).

Já o acolhimento nas Unidades de Urgência, pode demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário, avaliando a necessidade em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção. O atendimento de urgência/emergência tem a finalidade de estabilizar, de forma rápida e segura, condições clínicas específicas do usuário (Baratieri, 2021).

Conforme a portaria 2.048 do ministério da saúde, que trata sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, o acolhimento deve ser realizado a partir de uma triagem classificatória de risco. A classificação de risco deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e com a utilização de protocolos pré-estabelecidos, a fim de avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (Brasil, 2002). O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), é uma ferramenta que reorganiza os processos de trabalho na perspectiva de aprimorar e solidificar o SUS.

Frente às ideias apresentadas até aqui, percebe-se algumas fragilidades e potencialidades que influenciam na organização da rede de atenção à saúde e nas escolhas da população pelos serviços de atendimento. Assim, considerando o conceito de APS e condições sensíveis à APS, além dos fatores envolvidos nesse processo, construiu-se o percurso metodológico do presente estudo.

## 4. Metodologia

### 4.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo descritivo, busca conhecer fatos e fenômenos por meio da descrição de contextos específicos, já os estudos exploratórios de abordagem qualitativa permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, servindo, ainda, para apurar possíveis questões de pesquisa (Triviños, 2013). São utilizados, normalmente, para investigar um novo tema de pesquisa, podendo, em muitos casos, apresentar-se como o primeiro estágio de um conjunto de etapas do estudo. Dessa forma, estudos exploratórios estão atrelados a: pouco conhecimento sobre o tema; diagnóstico na literatura; menor rigidez no planejamento; e, normalmente, são qualitativos (Minayo; Costa, 2019).

A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Araújo; Oliveira; Rossato, 2017).

Conforme Minayo (2014), é fundamental para método qualitativo, que o pesquisador usufrua de ferramentas teóricas e metodológicas que consigam chegar próximo da realidade, mantendo a crítica da compreensão do objeto que apresenta os seus procedimentos.

### 4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, que, de acordo com a estimativa do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, apresenta uma população de 325.685 habitantes (IBGE, 2022). De acordo com a estratificação de municípios para a avaliação de desempenho em saúde, poderia ser caracterizado como município de grande porte (Calvo *et al.*, 2016). Em relação à faixa etária, entre os anos 2000 e 2010, percebeu-se o envelhecimento da população, a partir de 60 anos de idade, em comparação com os dados estaduais

do RS e do Brasil. Considerando a renda mensal, Pelotas está entre os 202 municípios do Brasil com o maior salário médio mensal (Pelotas, 2022).

No que diz respeito a rede de atenção à saúde, Pelotas tem 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 38 na área urbana e 13 na área rural. Entre as 51 UBSs, 38 possuem ESF, 11 são modelo tradicional, uma com ESF/mista e uma com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (Pelotas, 2016). A rede de urgência e emergência pública conta com uma UPA, duas Unidades Básicas de Atendimento Imediato (UBAI), o Pronto Socorro Municipal (PSM) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Pelotas, 2022).

As UBAs, localizam-se em dois bairros distintos do município, possuem capacidade para atender a livre demanda, das 8h da manhã às 23h da noite, sem limitações no número de fichas para o público em geral, exceto o atendimento pediátrico, que é realizado somente à noite. O município tem buscado, junto ao Ministério da Saúde, a transformação das UBAs em UPAs (Pelotas, 2022). Os resultados do presente estudo são oriundos da coleta de dados de um serviço do tipo UBAI.



Figura 1. Governança da rede de atenção à saúde de pelotas. Relatório de Gestão Anual. Fonte: Pelotas, 2021.

Na Figura 1, acima, podemos observar que este serviço, embora esteja sob a supervisão da Diretoria da APS do município, tem sido considerado, também, como serviço da rede de Urgência e Emergência.

#### 4.2.1. Unidade básica de atendimento imediato

As Unidades Básicas de Atendimento Imediato (UBAIs) foram implementadas na cidade de Pelotas em dois territórios distintos, no bairro navegantes, em 2010, e no bairro Cohab Lindoia, em 2018. Essas unidades de saúde desenvolvem seus cuidados oferecendo eletrocardiograma, leitos de observação e salas de triagem e de emergência. Fazem parte do Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), com exames, na hora, de HIV, de sífilis e de hepatites B e C. O Acolhimento com Classificação de Risco é realizado por cores e identificação de tempo de espera, conforme a gravidade da saúde-doença. A classificação é representada pelas cores: vermelho (emergência/atendimento imediato), amarelo (urgente/até 30 minutos), verde (pouco urgente/até 240 minutos ou 4 horas) e azul (não urgente/até 360 minutos ou 6 horas).

O serviço onde foi realizada a coleta de dados é pronto atendimento nos três turnos (manhã/tarde/noite) e é oferecido para as pessoas fora do território, mas também funciona como UBS para as pessoas do território. Todos os registros são descritos no Prontuário Eletrônico do Cliente do E. SUS. No geral, as consultas se dão por livre demanda, atendendo crianças, adultos e idosos. Nesse serviço também são realizadas ações programáticas, como por exemplo, pré-natal, puericultura, prevenção de câncer do colo do útero e aplicação de vacinas. Na sua estrutura podemos observar salas de atendimento médico, odontológico, nutricional, do serviço social, da farmácia e da enfermagem, assim como, setor administrativo, recepção e banheiros. Na equipe técnica podemos observar a presença dos seguintes profissionais: médicos clínicos, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

#### 4.3. Participantes do estudo

Foram participantes do estudo usuários que frequentam o serviço do tipo UBAI da rede de atenção de urgência e emergência do município de Pelotas-RS, pessoas que estivessem aguardando atendimento por condições sensíveis à APS. A escolha dos usuários se deu no momento do acolhimento de enfermagem no serviço de saúde, a partir da identificação do motivo que o trouxe a unidade e conforme sua

patologia da lista das condições sensíveis à APS: gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto (Anexo C).

Critérios de inclusão: ter idade maior ou igual há 18 anos de idade e, estar procurando o serviço por alguma condição sensível à APS.

Critérios de exclusão: pessoas que não apresentassem no momento da coleta de dados, condições físicas e mentais de responder ao instrumento de pesquisa.

#### 4.4. Coleta de dados

A coleta dos dados se deu logo após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Mediante a aprovação do projeto, os participantes foram convidados a participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos.

Para a escolha dos participantes, o pesquisador acompanhou o acolhimento junto com o profissional de saúde, ouvindo os relatos dos usuários e observando a ficha das condições sensíveis a atenção primária, obedecendo os critérios de seleção da pesquisa. Após, os usuários foram convidados a participarem do estudo. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, no local indicado pela gerência do serviço, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Para Minayo (2014), a entrevista é um diálogo entre dois ou mais interlocutores com a finalidade de produzir dados pertinentes aos objetivos da pesquisa.

A entrevista refere-se à comunicação verbal entre o locutor e os sujeitos da pesquisa, agindo com estratégias que abordam o tema estudado, das quais precisa-se das informações a serem preenchidas, desenvolvendo uma abordagem ampla e segura. A entrevista semi-estruturada apresenta-se a partir de questionamentos, guiados por teorias ou hipóteses, onde o entrevistado tem a percepção de raciocinar sobre o tema (Minayo, 2014).

Para maior fidedignidade das falas, foi utilizado gravador, garantindo anonimato

dos informantes do estudo por meio da letra P (participante), seguido da numeração advinda da sequência de realização das entrevistas. Assim, o primeiro entrevistado recebeu a codificação P.1 e, assim, consecutivamente.

Ao pesquisador responsável coube a gravação de todas as entrevistas e, em seguida, sua transcrição na íntegra e a leitura foi aperfeiçoada. Os dados coletados foram armazenados e mantidos em arquivo digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. De tal maneira, foram construídas as categorias de análise, refletindo as distintas fases de análise do conteúdo definida por Bardin (2010), que evidencia a proporção da codificação e categorização, que permitem e favorecem as interpretações dos dados coletados da merecida pesquisa.

#### 4.5. Trabalho de Campo

A pesquisadora responsável entrou em contato com a enfermeira gestora do serviço para apresentação da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2023. Para as entrevistas, foi cedido uma sala que pudesse garantir a privacidade dos participantes. A seleção dos participantes ocorreu no momento do acolhimento com classificação de risco, realizado pela enfermeira da unidade, no qual tive a oportunidade de acompanhá-la.

Participaram deste estudo nove usuários de um serviço de saúde do tipo Unidade Básica de Atendimento Imediato. As entrevistas tiveram duração média de 20 a 30 minutos para cada entrevistado. Após leitura dos dados de identificação, pode-se observar que os participantes tem idade entre 18 anos e 78 anos, sendo cinco participantes do sexo feminino e quatro participantes do sexo masculino.

#### 4.6. Princípios éticos

Foram seguidas as recomendações éticas da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, bem como, as do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que, em seu capítulo III, trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, instituindo as responsabilidades, os deveres e as proibições dos pesquisadores (Brasil, 2012; COFEN, 2007).

O Projeto de Dissertação foi apresentado à Faculdade de Enfermagem e,

após a realização dos ajustes sugeridos, juntamente com uma Carta de Anuência (Apêndice A), foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, informando a intenção de realização da pesquisa, para a obtenção de sua autorização. Posteriormente, foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, juntamente com uma Carta aos membros do Comitê (Apêndice B).

Aos participantes que aceitaram participar do estudo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em duas vias, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador. Os participantes da pesquisa foram identificados com a sigla P (Participante) seguido de um algarismo arábico, de acordo com a sequência das entrevistas realizadas. Após a finalização do Trabalho de Dissertação, todo material utilizado na pesquisa ficará arquivado na Faculdade de Enfermagem da UFPel durante cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora principal. Destaca-se que será mantido o anonimato dos participantes e os mesmos foram esclarecidos acerca dos objetivos e da metodologia utilizada, bem como, sobre os riscos e benefícios da pesquisa.

O estudo não apresenta riscos físicos, porém, foi oportunizado aos participantes, se, em algum momento, sentir incômodo ou desconfortável ao falar, por estar em um momento de fragilidade de saúde-doença, a liberdade de encerrar ou desistir da pesquisa, sem prejuízo algum. Em caso de desconforto físico ou piora do quadro do participante enquanto aguarda o atendimento, foi assegurado que tal situação seria comunicada à enfermeira responsável pelo acolhimento.

Desde o início da entrevista foi dialogado com os participantes, de maneira clara e concisa, todos os riscos decorrentes da pesquisa, assegurando um espaço de diálogo aberto e produtivo, tendo a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum. Para tal finalidade, é preciso esclarecer os possíveis desconfortos e riscos decorrentes em colaborar na pesquisa, além dos benefícios previstos dessa participação e apresentação de resoluções a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa. Foi garantido esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.

Em relação aos benefícios, a pesquisa pode proporcionar a possibilidade de reflexão sobre a organização da rede de serviços de saúde, propondo intervenções

que auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços. A divulgação, como última etapa da pesquisa, tornará público os resultados para os participantes e a comunidade, através da publicação de artigo científico, disponibilização de banners, mostrando os resultados do estudo nas dependências da Secretaria Municipal de Pelotas.

#### 4.7. Análise dos dados

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” e compreende a ordenação, a classificação e a categorização dos dados. A ordenação consiste em organizar e sistematizar os elementos coletados, de forma que, na etapa de classificação, se possa perceber e apreender as ocorrências pertinentes à pesquisa, permitindo que a categorização atribua relevância aos dados, arranjando-os em camadas (Minayo, 2014, p. 209).

Operacionalmente, a análise temática foi realizada a partir das seguintes etapas: 1- Ordenação dos dados obtidos nas entrevistas, incluindo transcrição, leitura e organização do material; 2- Classificação dos dados, sendo dividido em três etapas de forma não sequencial: a) Leitura exaustiva e repetida dos dados oriundos das entrevistas, possibilitando a apreensão das estruturas de relevância e as idéias centrais; b) Retomada da revisão de literatura; e c) Constituição de um *corpus* que será recortado e reagrupado, de acordo com as categorias empíricas definidas; 3- Análise final (Minayo, 2014).

## 5. Resultados e Discussão

### 5.1. Tema 1: Motivações de usuários com condições sensíveis à APS que procuraram a Unidade Básica de Atendimento Imediato

Nos resultados deste estudo, observamos um grupo de participantes, na maior parte do sexo feminino, com idades que variam entre 18 e 78 anos, aguardando acolhimento. De acordo com estudos realizados por Campelo *et al.* (2018) e Oliveira, Mattos e Souza (2015), existe uma tendência das mulheres utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens, o que reforça a necessidade de se investir na qualificação da atenção à saúde masculina no âmbito de serviços de atenção primária. Os homens buscam menos os serviços de APS e, muitas vezes, acabam utilizando a atenção especializada para questões sensíveis à atenção primária.

As principais motivações de busca pelo serviço, foram relacionadas às próprias condições de saúde-doença. Foi observada a variedade de condições de saúde que vão desde a procura por ações de prevenção, como por exemplo, a imunização, assim como ações assistenciais, como consultas para situações agudas e agravos de doenças crônicas (realização de eletrocardiograma; administração de vacina para Covid-19; exames de rotina; situações de casos clínicos; encaminhamento para um profissional especialista, como oftalmologista; insônia, depressão e crise de ansiedade; dor no peito; queimação no estômago e esôfago; exames de rotina; troca de receita; apresentação de exames laboratoriais; e dor no ouvido.

Dessa forma, observamos que as motivações para a busca do serviço foram condições sensíveis à APS. A procura ainda está relacionada à instalação da doença e seu desfecho, medidas de prevenção, acompanhamento, consideradas não urgência, conforme as falas abaixo.

Uma solicitação do governo que podia se vacinar e eu vim aqui hoje para fazer a vacina (P1).

É que eu também vim hoje, tem um eléto para fazer (P2). Foi para fazer exame de rotina completo (P5).

Eu, vim mostrar meus exames (P8).

Os resultados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro do estudo realizado por Lima, Nichiata e Bonfim (2019), que, ao analisar a Classificação de Risco de Manchester aplicada num serviço tipo UPA, observaram que os atendimentos foram classificados como pouco urgentes (Lima; Nichiata; Bonfim, 2019).

No Brasil, as UPAs exercem função de porta de entrada, elas são consideradas unidades intermediárias entre as UBSs e os hospitais (Bizinelli *et al.*, 2019). Nesse contexto, o serviço estudado não se enquadra nos modelos de atenção a saúde padronizados no Brasil, ora ele é tratado como APS, ora como urgência e emergência, apresentando no seu cotidiano dois modelos assistenciais.

Essa característica, pode interferir na organização da oferta das ações de saúde, assim como na procura dos usuários e no encaminhamento da resolução das necessidades em saúde. Conforme demonstrado nas falas a seguir, percebe-se que os usuários desconhecem que estes modelos de atenção possuem objetivos distintos.

O doutor pediu porque tô sentindo um pouco de falta de ar, dor no peito (P2). Assim, olha, eu me trato aqui já faz bastante tempo, eu tenho depressão, eu tenho insônia, eu não consigo dormir, eu tomo medicação forte para dormir. mesmo assim não está adiantando. Eu to com crise de ansiedade (P3).

Eu vim porque to com uma dor no peito, volta e meia, eu tenho muita queimação na garganta. De noite que me dá muita secura na boca. Eu acredito que seja o esôfago, e me dói muito a boca do estômago e vem do estômago pra cima e acho que me ataca a garganta de noite e ai vou ter de ver isso, acho que vou ter que fazer um exame, tenho que ver isso ai, um ultrassom (P4).

Eu tô com dor nas vistas, acordei de manhã com as vistas fechadas, ai eu fui trabalhar me mandaram consultar (P6).

Alguns autores, como Lima, Nichiata e Bonfim (2019), reportam que é comum a busca de serviços de pronto atendimento para atender condições sensíveis à Atenção Primária, também, para resolver afecções agudas, queixas comuns e, inclusive, em busca de ações preventivas e de promoção da saúde, e que, para tanto, deveríamos pensar sobre a reorganização do modelo assistencial, com foco na garantia do acesso e da resolução dos problemas de saúde que podem efetivamente ser acolhidos pela APS.

A APS tem o objetivo de ordenar os serviços prestadores de saúde com maior efetividade, acessibilidade e equidade no cuidado à saúde. Com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), é necessário que os serviços possam reconhecer e definir os fatores de risco, para trabalhar com ações de prevenção e controle de agravos (Campelo *et al.*, 2018).

Essas medidas favorecem o auto cuidado e podem diminuir as consequências negativas das DCNTs, contribuindo para qualidade de vida e saúde dos brasileiros (Campelo *et al.*, 2018). Serviços territoriais, como aqueles realizados em UBSs, tem previsto, dentre as estratégias de cuidado, ações que têm por objetivo promover, proteger, prevenir agravos; diagnosticar, tratar, reabilitar; e manter a saúde do

indivíduo, da família e da comunidade (Brasil, 2006).

Um estudo realizado em Belo Horizonte identificou que a utilização dos serviços e as práticas de saúde, tanto das UBSs quanto das UPAs, ocorrem da mesma maneira (Pires *et al.*, 2013). Isso pode ser observado abaixo, na fala do sujeito de pesquisa P7, que apresentou diversas demandas para uma única consulta, desconsiderando o perfil do serviço procurado.

Porque eu vim pegar a receita e tô precisando trocar de lente, queria pedir um oculista. Eu vim porque eu não tava me sentindo bem, porque eu tenho problema de colesterol alto, triglicérides, essas coisas (P7).

A APS, como coordenadora do cuidado, ainda apresenta alguns desafios que se mostram presentes na assistência, como por exemplo, a fragilidade para garantir o atendimento em consonância com os atributos de longitudinalidade e integralidade, mesmo sendo um serviço que oferece ações relacionadas às APS e ao cuidado imediato (Lima; Nichiata; Bonfim, 2019). Neste sentido, percebe-se, na fala abaixo, a busca por assistência diante de uma problemática recorrente que se agrava com uma característica ambiental.

Eu to com uma dificuldade de audição, mas é sempre nessa época de praia, é só do lado direito. Mas sempre é pior quando tem a época de praia (P9).

Considerando que esta é uma questão de saúde preexistente que se agrava em algumas situações, os serviços e as ações para seu cuidado deveriam ter foco nos atributos. Assim sendo, a atenção focada nos atributos precisa ser fortalecida, se colocando como serviço de porta aberta para o atendimento do usuário na rede de atenção à saúde. Nesse caminho, visualizam-se menores gastos na prestação do serviço à saúde no cuidado do indivíduo, desenvolvendo sistemas com maior durabilidade, equitativos e eficientes (Veloso; Tibães, 2022).

É preciso investir na organização e na coordenação do cuidado, uma vez que estes são pontos fundamentais para as práticas profissionais de promoção, de acolhimento, vínculo e resolutividade (Vieira *et al.*, 2021). Para tanto, precisamos desenvolver no acolhimento, uma escuta dos problemas dos usuários do SUS e mobilizar a participação do planejamento do cuidado integral no território (Farão; Penna, 2020). O próprio projeto terapêutico singular pode ser uma ferramenta importante para auxiliar na construção dos vínculos com os usuários, desenvolvendo a promoção e a integralidade de saúde.

## 5.2. Tema 2: Percepção dos usuários sobre o atendimento oferecido no serviço de saúde

Estudos alegam que o número de internações por CSAP está diminuindo devido a ampliação da APS no Brasil, o que traz aspectos positivos para a avaliação do serviço na parte assistencial (Lima; Nichiata; Bonfim, 2019). Nesta direção, os usuários avaliam que um serviço pode ter sua qualidade articulada aos padrões de relacionamento entre usuários e profissionais, conforme se observa nas falas abaixo:

A gente é bem tratada aqui, depende muito do paciente, da maneira que ele chega e do atendente. Se eu chegar aqui com estupidez, é evidente que a pessoa não vai gostar, mas se eu chegar com jeito, é bem provável que não vai ter problema nenhum. E são coisas que independem de idade, depende da educação (P1).

Eu gosto daqui é tudo bem arejado, organizado, o atendimento agora tá meio diferenciado, porque antes tu não tinha noção, aí mesmo que eu não vinha, pra ser maltratada (P7).

Entende-se que, no momento em que se constrói uma relação de empatia entre profissionais de saúde e usuários atendidos no serviço, a motivação se fortalece, criando espaços que preveem a qualificação do trabalho em saúde e a garantia do acesso e da humanização, alcançando, dessa forma, a criação de aspectos positivos na Atenção Primária. Um atendimento resolutivo dos problemas de saúde contribui para a qualidade de vida dos usuários, fazendo com que os mesmos tenham comprometimento com a adesão do tratamento para sua melhora.

Com base nos aspectos positivos do tratamento, compreender o contentamento do usuário em avaliar e controlar o desenvolvimento do serviço faz parte de um olhar atento para a sua promoção de saúde (Vieira *et al.*, 2021). Percebe-se, na fala abaixo, que a construção de vínculos permite não só a promoção da saúde ou a resolução de problemas que exigem cuidado imediato, como, também, mostra-se eficaz para a prevenção de agravos e a manutenção da saúde.

Até remédio eu pego na farmácia de graça, tem um que eu tomo, que eu pego ali na farmácia, sempre. Só que aqui tem que vim cedo para conseguir a ficha normal, mas é bom que tu pedes renovação de receita, tu pedes num dia se tu vim de manhã, de noite depois das seis já tá pronto, enquanto em outros posto leva uma semana, pra devolverem a receita, né. Eu acho muito bom aqui também [...]. Porque tu vem aqui, se tu tá sentindo, mesmo que não tem mais ficha, se tu tá sentindo alguma coisa eles te passam pra enfermagem,

chama o médico, já me aconteceu várias vezes, entendeu, eu acho que é muito importante (P3).

Além disso, essa fala revela que a opinião dos usuários em relação aos serviços de saúde tem um retorno positivo sobre as UBSs, propiciando um cuidado integral para a comunidade e, com base nisso, pode-se citar as consultas, imunização, entrega de medicamentos, entrega de resultados de exames de análises clínicas, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do adulto, saúde da criança (Vieira *et al.*, 2021). Outro aspecto importante, de acordo com Campelo *et al.* (2018), é o fato de que a APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, propiciando a atenção à saúde próximo de sua moradia e do local de trabalho, constituindo o primeiro vínculo de um processo de atenção continuada à saúde, o que pode ser confirmado pelas afirmações dos sujeitos de pesquisa, abaixo.

Eu acho bom, porque é perto de onde a gente mora, a gente não tem muito tempo na correria e fica perto e vai fazer uma coisa que tem que fazer rápido e deu, facilita também, imagina um monte de idoso que não tem nem dinheiro para passagem e tal (P5).

A vantagem é que é pertinho de casa, né. E o horário é bom pra quem trabalha (P6).

A vantagem que é perto da minha casa (P8).

Para Palhoni e Penna (2017), o foco da população ainda está no interesse nas consultas médicas, em médicos especialistas e em procedimentos especializados. De fato, esta premissa pode ser observada nos depoimentos abaixo:

Aqui nesse postinho, geralmente, eu venho pra pegar medicamento, a fluoxetina, pra pegar receita e medir pressão, pra essas coisas eu venho aqui [...]. Aqui é bom, só que eu tô tentando consulta desde de novembro, fim de novembro, e hoje passei aqui só por passar e tinha uma ficha [...]. Eu vou te responder por mim, eu procuro o posto de saúde quando eu me sinto doente, aí eu vou no posto de saúde (P7).

Ela tem tudo para ser boa, eu digo assim, falta médico nos postos, é nesse sentido, entendeu. Falta ginecologista, falta remédio, nesse sentido. Mas em si ela é boa assim, mas ela é precária, nesse sentido, por exemplo, hoje de manhã eu vim aqui e não tinha médico, entendes, de manhã não, de tarde não, aí eu tive que vim a noite, aí a gente tem que tá sempre correndo atrás (P8).

Entretanto, a longitudinalidade e a continuidade de um cuidado de saúde aos usuários podem estar presentes mesmo em serviços que sejam de atendimento imediato, onde um profissional específico pode ser a referência do atendimento clínico da comunidade, favorecendo o desenvolvimento de metas de qualidade da APS (Mendonça *et al.*, 2018). Quando isto acontece, o nível de satisfação dos usuários

aumenta, como visto na fala a seguir.

Sempre que eu preciso de alguma coisa, fornece o que eu preciso, não preciso ficar em busca de um outro hospital, outro posto (P5).

Segundo Mendonça *et al.* (2018), considerando atributos acontece uma melhoria no cuidado, a redução das internações hospitalares, o usufruto de serviços de urgência e emergência, cuidados preventivos, no controle das doenças crônicas e a redução na utilização de cuidados intensivos. Quando a longitudinalidade e a continuidade não são observadas, os usuários tendem a buscar atenção em outros níveis, conforme mostra o depoimento abaixo.

Pelos meus conhecimentos, os mais graves tem que levar para o pronto socorro. Chama a samu, coisa assim (P6).

Da mesma maneira, a comunidade local entende que a resolutividade de um atendimento de saúde cabe somente ao profissional médico e suas dispensas medicamentosas e que, sem ele, outros profissionais não teriam capacidade para tal atendimento. Silva Filho *et al.* (2018) e Zimmermann (2023) entendem que, culturalmente, algumas comunidades, também grupos profissionais, ainda estão presos ao modelo biologista e médico centrado, assim, percebe-se o desconhecimento dos usuários em relação aos modelos de atenção à saúde, assim como de seus direitos de saúde.

Diante disso, são comuns relatos de que:

Às vezes não adianta tu ter um postinho perto de casa se tu não tem a especialidade que tu precisa (P9).

Apesar disso, também existem pessoas que entendem o funcionamento da APS, que tem no acolhimento um exercício que humaniza as práticas do cuidado, desenvolvendo todos os itens das relações de trocas de empatia, respeito e escuta entre o profissional e o usuário (Brasil, 2013, p. 19). Para alguns usuários:

Passar pela triagem e ser agendado é o momento onde as pessoas explicam bem as coisas para a gente, atendem bem a gente, entendeu, um bom atendimento [...]. Eu acho muito importante, porque hoje em dia uma consulta tá muito caro, né. A gente não consegue pagar um exame, então nem se fala, e daí a gente tem a quem recorrer, aos órgãos públicos, porque a gente não tem nem condições até de comprar um remédio. às vezes, né, então pra mim é muito importante. Claro que tem problemas, mas isso aí a gente encontra até nas outras redes (P2).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a triagem não tem a mesma configuração

conceitual do acolhimento, embora nesse primeiro contato, a escuta atenta precisa estar presente. Todavia, o imediatismo dos usuários dificulta o protocolo do andamento da unidade de saúde, conforme o acolhimento prestado no serviço, em busca da prioridade do atendimento. De acordo com Melo *et al.* (2022) e Zimmerman (2023), essas prioridades são conforme o grau de urgência e emergência no atendimento e não por ordem de chegada, dependendo da análise da classificação de risco e, conforme a enfermidade relatada, poderão ser encaminhados para uma UBS.

Mesmo assim, alguns usuários avaliam que:

Tá muito difícil, entendeu, é muito demorado. Um exame mesmo, tu pede e até tu ser correspondido demora. Tu vê esse mesmo, desde 2019 esperando [...]. Agora acertaram lá, disse que vão chamar, mas eu já disse lá em casa, se não me chamar mais uns dias, eu vou ver quanto sai, eu vou pagar e vou ver P4).

Eu não venho aqui frequentemente, mas sempre que eu venho aqui é muito demorado [...]. Eu acho que, geralmente, o médico e o enfermeiro devem tá prontos para o paciente, independente do que for, se a pessoa chega com corte no dedo ela tem que atender, se a pessoa chega com uma perna quebrada ela tem que te atender (P5).

A desvantagem é que eu tenho que ficar na fila (P8).

Pela estrutura eu venho direto pra cá, aqui é maior. Eu venho pela estrutura. Eu prefiro esperar um pouquinho aqui e ser atendido [...] Deixa muito a desejar ainda, a gente viu muito isso na pandemia ainda. Deixa muito a desejar, mas a gente sabe que é muito em função do governo, né, independente de quem tava ou quem tá agora, eu acho que as duas áreas que mais sofrem é a saúde e a educação, é o meu entendimento, guria. A demora é meio que geral como a gente diz, né. Mas o atendimento é bom, eu gosto. Não tenho do que me queixar. Como um todo poderia ser melhor, a gente sabe, que o nosso país não é bem assim (P9).

Em estudo realizado por Vieira *et al.* (2021) observou-se que os usuários demonstram uma percepção negativa em relação ao serviço desenvolvido dentro da UBS com ESF quando os profissionais não são receptivos no momento do acolhimento, que envolve toda uma abordagem de apoio na busca de um atendimento, aparentando uma forma de organização de baixa qualidade e trazendo insatisfação aos usuários, restando evidentes as necessidades da população nos seus cuidados de saúde, ligadas às práticas essenciais desenvolvidas na integralidade e no acesso ao serviço. No entanto, estas premissas estão constituídas desde o início do SUS, a partir dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e acesso para todos.

Por outro lado, alguns usuários, conhecedores destes direitos, entendem que:

Pelas verbas que o governo libera, eles fazem muita coisa. Fazem até como

podem, não é culpa dos profissionais. Falta mais investimento do governo, eles só sabem investir na hora das eleições, em época de campanha. Nós precisamos de mais médicos (P6).

Caminhando nesta direção, no Brasil, existe uma cooperação para suprir os prestadores de saúde em nível primário da APS e, assim, utilizar a ESF com o intuito de acompanhar, avaliar e organizar os usuários nos seus respectivos territórios. A satisfação dos usuários é um elemento fundamental e está relacionada à condução de boas práticas de serviço na APS, como uma resposta ao atendimento de qualidade dos profissionais, formando um ambiente acolhedor e fazendo com que o usuário passe a avaliar positivamente o atendimento prestado e os trabalhadores da área da saúde reflitam sobre suas práticas profissionais, de forma que aconteça um exercício contínuo de aperfeiçoamento (Campelo *et al.*, 2018).

O aperfeiçoamento vem sendo construído para que possam haver mudanças no posicionamento dos profissionais de saúde. Pesquisas informam que, na cidade de João Pessoa, a APS demonstra um reflexo negativo do atendimento da equipe de saúde em aspectos como: agilizar com rapidez os problemas, prestar informações sobre serviços ofertados, ter empatia para a escuta das necessidades dos usuários e ser apoio nos momentos de fragilidade (Vieira *et al.*, 2021).

Estas deficiências impedem uma boa qualidade de atendimento, demonstrando que os serviços prestados pela UBS, com ESF, são de pouca qualidade, apresentando baixa satisfação pelos usuários (Vieira *et al.*, 2021). Conforme os autores, na percepção dos usuários sobre o serviço, poderiam ser ampliadas, ainda mais, a oferta de atendimentos exclusivamente médicos, com foco na terapia medicamentosa e na tecnologia dura.

Percebe-se, ainda, que alguns usuários preferem não acessar a UBS próxima de sua casa, optando pelo serviço de atendimento imediato e que, mesmo aqueles que têm neste serviço o cadastro para ações de atenção primária, escolhem o atendimento imediato da consulta médica, causando em alguns momentos, uma insatisfação do usuário sobre o atendimento da UBS (Vieira *et al.*, 2021). Como consequência, alguns usuários acreditam que:

Quando é uma emergência eu vou direto no pronto atendimento ou se eu tô sem dinheiro eu vou no pronto socorro (P7).

Outro obstáculo que resulta de forma negativa na qualidade do serviço e na continuidade do cuidado, demonstrando a dificuldade da resposta de resolubilidade

do serviço e da equipe em resolver os problemas e necessidades dos usuários, é a troca constante das equipes de saúde da APS (Vieira *et al.*, 2021). Esta questão é constatada na seguinte fala:

É, já teve melhor, agora tá com problema que troca muito, por exemplo, de doutor aqui. Os médicos hoje, eu consulto com uma doutora, ela me pede um exame, quando eu trago o exame aí quando eu vi já não é a mesma (P4).

Estudos comprovam que os usuários vão em busca dos serviços de saúde através de informativos que a UBS expõe na unidade, apresentando um cronograma do andamento do serviço, facilitando, assim, a comunicação entre a população e as unidades do território. Por outro lado, o Pronto Atendimento (PA) tem mais transparência na distribuição da assistência devido a um protocolo que auxilia nas classificações necessárias dos casos acolhidos, visando o cuidado seguro e adequado de saúde, ofertando exames com agilidade, independente da classificação de aguardo de atendimento (Veloso; Tibães, 2022).

Entretanto, é necessário observar a frequência dos usuários na ida ao PA por visitas repetitivas e, muitas vezes, em situações de baixa complexidade, acarretando na superlotação desnecessária e dificultando atendimento graves, sendo que a UBS poderia suprir essa demanda. Então, a classificação de risco dos usuários que utilizam o serviço dos prontos atendimentos desenfreadamente pode comprometer a habilidade e qualidade assistencial, contribuindo para o esgotamento do sistema (Veloso; Tibães, 2022).

O acolhimento do paciente nos serviços de emergência deve ocorrer mediante a utilização de protocolos que objetivam estratificar e classificar o risco apresentado, buscando priorizar o atendimento de acordo com a gravidade apresentada pelo caso. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde propôs a implantação do acolhimento com ACCR, tendo o profissional enfermeiro como responsável pelo exercício dessa prática.

Palhoni e Penna (2017) afirmam que os estados Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo apresentam serviços de saúde pesquisados como APS, os quais encontram-se engessados em volta das consultas individuais, sendo que a importância é na assistência médica. São agilizadas consultas rápidas, mostrando que os profissionais não se preocupam em dar uma assistência de qualidade, mas, sim, facilitando o atendimento com as condutas prontas, sem olhar a subjetividade de cada usuário, conforme suas patologias.

Compreende-se que usufruir de ações políticas e profissionais ajuda para que os atendimentos se transformem em cuidados integrais, ainda que estes estejam fortemente ligados à resolução das enfermidades dos usuários com receitas medicamentosas, sem envolver os condicionantes e determinantes sociais desses indivíduos (Palhoni; Penna, 2017). Os usuários que buscam as unidades de saúde, muitas vezes, não vão exclusivamente por uma doença que os acometem naquele momento, mas, sim, por uma escuta terapêutica que requer atenção à saúde, aliviando sua dor e sua angústia, indo muito além de questões de um tratamento medicamentoso.

As necessidades de saúde dos usuários ainda podem estar relacionadas a conceitos de saúde, como a doença, o médico e à assistência médica (modelo tradicional). Por isso, a própria equipe pode e deve orientar sobre a existência do modelo de cuidado integral com uma equipe de saúde e que, para tanto, este deve ser acolhedor e prazeroso entre ambos, para que a resposta do usuário seja positiva (Palhoni; Penna, 2017).

Os Serviços de ESF estão conseguindo avançar nessa metodologia de trabalho, norteadas pelo cuidado integral, prestando um cuidado como um todo e não somente focado nas questões clínicas da população para serem resolvidas (Farão; Penna, 2019). Ao que se deve considerar, inclusive, o atravessamento dos determinantes e marcadores sociais na vida das pessoas usuárias do SUS.

Repara-se que o prestador de serviço não se preocupa em ir além dos relatos dos sintomas dos usuários, continuando com as vivências e necessidades de cada indivíduo escondidas. Dessa forma, permanecem sempre ao redor das doenças, sintomas, tratamento e procedimento, acreditando que é o suficiente para um cuidado de saúde (Farão; Penna, 2019).

À proporção que acontece o acolhimento, avalia-se a situação da necessidade dos usuários que vão em busca do serviço, sendo que aquele que foi em busca de situações biológicas tem preferência em relação aos usuários que relatam situações de conflitos individuais, familiares e adoecimento, mas não possuem oportunidade de um olhar de cuidado na APS (Rodrigues; Nascimento, 2019). A presença contínua de fragilidades, que acontecem diariamente nos atendimentos da assistência, dificulta a equipe multidisciplinar em trabalhar na oferta de um bom atendimento para a população de uma forma integral, visto que a atenção ainda permanece alicerçada na parte clínica das queixas relatadas pelos usuários (Farão; Penna, 2019).

Além do mais, a procura sobrecarregada dos usuários pela unidade faz com que os profissionais prezem pela agilidade do atendimento, com menor o tempo possível, para que todos sejam atendidos. Isso acarreta em uma rápida triagem e encaminhamento para o médico, além da destreza no agendamento de consultas médicas (Costa *et al.*, 2018).

O cuidado com olhar somente na doença se contradiz às normas do SUS, tendo em vista que estas prezam pelo cuidado abarcado em um acolhimento que garanta o acesso universal e efetivo nas práticas de assistência e que o acolhimento é uma forma de avaliar o usuário no momento da triagem, facilitando a organização das queixas relatadas. Todavia, ainda temos o empecilho do acolhimento ocorrer de uma forma robotizada, dificultando um cuidado integral (Farão; Penna, 2019).

A lógica do trabalho nas unidades de saúde é desenvolvida para o cuidado e direcionada para a cura e reabilitação dos enfermos, diminuindo as necessidades relacionadas somente à doença (Alves *et al.*, 2023). Obviamente, muitas vezes as necessidades dos usuários podem ser desapercibidas pelos profissionais de saúde, pois quando a doença é apenas física age-se com destreza para resolver o que está sendo apresentado, mas muitas vezes são situações que necessitam de outros profissionais que possam entrar nesse cuidado, formando uma equipe multiprofissional (Guimarães; Branco, 2020).

Com isso, relata-se que a visão do usuário nos serviços desenvolvidos na APS é direcionada à medicalização e à doença. Esta constatação, para Farão e Penna (2020), demonstra que as práticas em saúde do cotidiano estão relacionadas a suprir a demanda das doenças.

## 6. Considerações Finais

Partindo do pressuposto que os usuários do sistema de saúde desconhecem a organização da RAS, a presente dissertação de mestrado teve o objetivo geral de conhecer as motivações de usuários com Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que fizeram busca por uma Unidade Básica de Atendimento Imediato e os objetivos específicos de descrever a percepção dos usuários em relação ao serviço de saúde utilizado e conhecer os principais agravos à saúde que motivam os usuários a buscarem a unidade básica de atendimento imediato. Tais objetivos foram alcançados e deles emergiram os seguintes temas: “Motivações de usuários com condições sensíveis à APS que procuraram a Unidade Básica de Atendimento Imediato” e “Percepção dos usuários sobre o atendimento oferecido no serviço de saúde”.

Os resultados do primeiro tema apontaram que os usuários foram procurar o serviço de Pronto Atendimento por condições agudas e crônicas, das quais algumas eram sensíveis à Atenção Primária à Saúde, buscando por consultas para situações agudas e por agravos de doenças crônicas. As principais demandas foram por realização de eletrocardiograma; administração de vacina para Covid-19; exames de rotina; situações de casos clínicos; encaminhamento para um profissional especialista (oftalmologista); insônia, depressão e crise de ansiedade; dor no peito; queimação na boca do estômago e esôfago; troca de receita; apresentação de exames laboratoriais; e dor no ouvido direito.

Sobre o segundo tema, decorreu a observação de que existe satisfação dos usuários desde o momento do acolhimento realizado, até a abordagem dos profissionais de saúde, devido ao fato da unidade de saúde ser acolhedora e próxima de suas residências. Além disso, demonstrou que muitos usuários procuram o serviço em busca de relações de entrelaçamentos.

Observamos que as buscas, em alguma medida, se apresentam concentradas no foco da doença e nas práticas curativas e, como resultado, tem-se a resolução pontual dos problemas, se manifestando na satisfação com o serviço. E, por se tratar de um serviço de atendimento imediato, esse resultado é compreensível.

Acreditamos que a busca pelo serviço, assim como as percepções manifestadas, contribuem para ampliar o nosso conhecimento sobre algumas realidades do cotidiano dos serviços. Do mesmo modo, o estudo evidenciou que a

atenção à saúde fundamentada em APS potencializa melhores resultados, decorrendo em eficácia, redução de custos e, principalmente, em qualidade da assistência. Deste modo, cumpre-nos o dever de defender a APS como um modelo de saúde que presta serviços essenciais, direcionados à promoção da saúde e do bem-estar de seus usuários, que se firma através de um modelo de assistência preventiva e curativa e de uma atenção multidisciplinar que enxerga seus usuários como indivíduos biopsicossociais, contextualizando-os dentro de suas realidades.

Dado o fato da APS ser considerada a porta de entrada aos serviços de saúde, bem como pelo seu poder de resolutividade, deve-se considerar, também, a necessidade de ampliar-se a discussão sobre a oferta/ acesso do serviço, para estratégias de prevenção e de promoção da saúde. Como recomendações gerais, pode-se sugerir amplas discussões com os usuários do serviço, sobre os principais atendimentos que são realizados na Unidade de Saúde, em salas de espera e também durante as consultas, além de rodas de conversa com as equipes dos diferentes turnos de trabalho.

## Referências

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde-antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 192 p., 2011.

ALBIERI, F. A. O.; LIRA, M. M. T. A.; GRIMM, S. C. A. **Internações por condições sensíveis a atenção primária em saúde (ICSAPS) no município de São Paulo, 2010 a 2017**. São Paulo: Boletim CEInfo Análise, ano XIII, n.15, 2018.

ALVES, J. W. S. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n.4 p. 223-235. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S418>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/53RQCTCGfRSThJx5CgpwLWw/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 31 jul. 2022.

ALVES, L. T *et al.* O acolhimento humanizado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, n. 126, 2023. Disponível em: <<https://revistaft.com.br/o-acolhimento-humanizado-na-atencao-primaria-a-saude-uma-revisao-integrativa/>> Acesso em: 30 jul. 2022.

ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L.; ROSSATO, M. O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. v. 33, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/chGpCqDwPprVkbyDXKXqWGj/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 31 jul. 2022.

BANDEIRA, F. J. S.; CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Rede de Atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em Gestão da Atenção Primária. **Enferm. Foco** [Internet]. v.2, n.10, p. 24-29, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988>> Acesso em: 16 ago. 2022.

BARATIERI, T. *et al.* Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 6, p. 2281-2290, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/g49hxmjshxxjQKLWrcJgR9D/?lang=pt>> Acesso em: 13 nov. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, ed. 70, 2010.

BARNES, S. *et al.* Real-time prediction of inpatient length of stay for discharge prioritization. **Journal of the American Medical Informatics Association**. v. 23, n.1, p. 2-10, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jamia/article/23/e1/e2/2379761>> Acesso em: 19 ago. 2022.

BIZINELLI, B. M. *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA). **APS em Revista**. v. 1, n. 3, p. 198-205, 2019. Disponível em: <<https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/39>> Acesso em: 18 mar. 2022.

BORGES, J. P. A.; LIMA, R. F.; SANTOS, S. C. R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Internet]. v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4238>> Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 57 p., 2021. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Previne Brasil quer incluir 50 milhões de brasileiros no SUS**. 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/programaprevine-brasil-quer-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus> > Acesso em: 15 jun. 2023.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em: 30 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. 1. ed., v. 2, Brasília, p. 256, 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)> Acesso em: 19 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. 1. ed. Brasília:, 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)> 30 set.2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13147.html>> Acesso em: 15 mai. 2023.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 17 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica Volume II. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. 1. ed.

Brasília, p. 290, 2012. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)> Acesso em: 17 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 13 out. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 13 out. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso em: 18 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. Disponível: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)> Acesso em: 19 set. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 abril de 2008. Publica, em forma do anexo, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília, 2008. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)>. Acesso em: 17 jul. 2022.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área. Brasília, 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>

Acesso em: 18 mar. 2022.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ress/a/nYQtkd4HypncJ5Rkk9hKntS/abstract/?lang=pt>>

Acesso em: 30 out. 2022.

CAMPELO, D. C. C. A. *et al.* **Avaliação da Qualidade do Serviço na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva do Usuário**. 1. ed. Curitiba: Editora Appris, 71 p., 2018.

CHANG, A. M. *et al.* Hospital strategies for reducing emergency department crowding: a mixed-methods study. **Annals of Emergency Medicine**. v. 71, n. 4, p. 497-505, 2018. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064417309228>> Acesso em: 19 abr. 2022.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007/>> Acesso em: 15 jun. 2022.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde**. 2019. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>> Acesso em: 30 jul. 2022.

COSTA, C. S. *et al.* A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 55, n. 4, p. 110–120, 2018.

Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2403>> Acesso em: 12 nov. 2023.

COSTER, J. E. *et al.* Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis.

**Academic Emergency Medicine**. v. 24, n.9, p. 1137-1149, 2017. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.13220>> Acesso em: 18 abr. 2022.

DURÃO, A. V. A naturalização do feminino no programa de agentes comunitários de saúde no Brasil. **Revista Trabalho Necessário**. v. 19, n. 38, p. 176-195, 2021.

Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/47128>> Acesso em: 10 jun. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n. esp.1, p. 208-233, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd>> Acesso em: 29 jul. 2022.

FARÃO, E. M. D.; PENNA, C. M. M. As necessidades em saúde de usuários e sua

interação com a atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 24, 2020. Disponível em: <[https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_e1299.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1299.pdf)> Acesso em: 29 jun . 2022.

\_\_\_\_\_. A (in) visibilidade das necessidades de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 18, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45180>> Acesso em: 19 jul. 2022.

GALIZA, D. D. F. *et al.* Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 5, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/197>> Acesso em: 15 mai. 2023.

GIORDANI, J. M. A. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**. v. 23, n. 1, p. 7-25, 2020. Disponível em: <<https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16690>> Acesso em: 20 mai. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde (2013-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543–2556, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/#>> Acesso em: 17 fev. 2023.

GOMES, J. C. P. *et al.* The growing impact of older patients in the emergency department: a 5-year retrospective analysis in Brazil. **BMC Emergency Medicine**. v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12873-020-00341-y>> Acesso em: 13 jun. 2022.

GUIMARÃES, B. E.; BRANCO, A. B. A. C. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 15 nov. 2023.

HONE, T. *et al.* Grandes reduções na mortalidade passível de tratamento associadas à expansão da atenção primária no Brasil e à forte governança da saúde. **Health Affairs**, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2016.0966>> Acesso em: 15 jun. 2023.

HUIBERS, L. *et al.* Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: a cross-sectional study. **BMC Emergency Medicine**. v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12873-020-00312-3>> Acesso em: 18 set. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama municipal**: Pelotas – RS. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/pesquisa/10101/0>> Acesso em: 13 mai.

2022.

JEGERS, M. *et al.* Uma tipologia para sistemas de pagamento de provedores na área da saúde. **Health policy**, n. 60, v. 3, p. 255-273, 2002. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851001002160>> Acesso em: 16 jul. 2023.

LEMES, R. A. *et al.* Atendimentos sensíveis à atenção básica em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], v. 9, n. 11, p. 9777-9783, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10768>> Acesso em: 02 nov. 2021.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 53, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jreeusp/a/zLwFDhMbVTLq5S7tr9Vy8Mx/?lang=en>> Acesso em: 18 out. 2021.

MASSAIA, I. F. D. S.; CARNEIRO JUNIOR, N. **Saúde Coletiva e Atenção Primária à saúde**. 1.ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 208 p., 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 mar. 2023.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**. v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2013.v22n4/987-993/pt/>> Acesso em: 18 set. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>> Acesso em: 18 jul. 2021.

MENDONÇA, C. S. *et al.* **A utilização do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil**. RJ: Editora FIOCRUZ, p. 42, 2018.  
MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed., São Paulo: Hucitec, p. 416, 2014.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia, 2019.

MOLL, M. F. *et al.* O Conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** [Internet], v.1, n.11, p.86-93, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11881/>> Acesso

em: 17 jul. 2021.

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. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1929-38, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2022.

OOSTERWOLD, J. *et al.* Fatores que influenciam a decisão de transportar ou não transportar idosos para o departamento de emergência após atendimento de ambulância de emergência: uma revisão sistemática de estudos mistos. **BMJ Open**. v. 8, n. 8, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6119414/>> Acesso em: 18 nov. 2022.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>> Acesso em: 18 mar. 2023.

PALHONI, A. R. G.; PENNA, C. M. M. Atenção à saúde na constituição de necessidades em saúde para usuários da Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/40371>> Acesso em: 14 abr. 2023.

PAULIN, J. *et al.* EMS non-conveyance: a safe practice to decrease ED crowding or a threat to patient safety? **BMC Emergency Medicine**, v. 21, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-021-00508-1>> Acesso em: 14 mai. 2023.

PELOTAS, Prefeitura Municipal, Câmara Municipal. **Lei nº 6.819**, de 3 de julho de 2020. Institui medidas coercitivas por ausência de uso de máscaras, formação de aglomerações, bem como define os procedimentos para a utilização do poder de polícia pela administração pública municipal, e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/pelotas/lei-ordinaria/2020/682/6819/lei-ordinaria-n-6819-2020-institui-medidas-coercitivas-por-ausencia-de-uso-de-mascaras-formacao-de-aglomeracoes-bem-como-define-os-procedimentos-para-a-utilizacao-do-poder-de-policia-pela-administracao-publica-municipal-e-da-outras-providencias>> Acesso em: 12 mar. 2023.

\_\_\_\_\_, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. 2022. Disponível em: <[https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)> Acesso em: 19 set. 2022.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. **Condições Sensíveis à Atenção Primária: Conceitos, Relações e Avaliação dos Municípios Brasileiros**. 1 ed., Curitiba: Editora Appris, p. 194, 2020.

PHILLIPS, G. *et al.* Situação, prioridades e padrões do atendimento de emergência para a região do Pacífico: uma pesquisa multifásica é um processo de consenso em

17 diferentes países e territórios insulares do Pacífico. **Lancet Reg Health Western Pacific**, v. 1, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(20\)30002-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(20)30002-X/fulltext)> Acesso em: 18 jun. 2023.

PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/LFMLSRNfzn9PRmWDDnXf8GF/?lang=pt>> Acesso em: 14 abr. 2023.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211-222, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pWPPSMbZM4gnCd9TN9W6Yyj/?lang=pt>> Acesso em: 17 abr. 2023.

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal (1978-2018) e a gênese da medicina familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1197-1204/>> Acesso em: 19 abr. 2022.

QUEIROZ, D. M. *et al.* Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 74, n. 5, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?lang=en>> Acesso em: 6 jul. 2022.

RESAR, R. *et al.* Usando gerenciamento de capacidade de demanda em tempo real para melhorar o fluxo de pacientes em todo o hospital. **Jt Comm J Qual Patient Saf.** v. 37, n. 5, p. 217-227, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21618898/>> Acesso em: 17 jul. 2023.

RISSARDO, L. K. *et al.* Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 20, 2016. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e971.pdf>> Acesso em: 18 set. 2023.

RODRIGUES, J. S. F.; NASCIMENTO, R. C. S. Acolhimento na atenção básica: uma revisão da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. supl. 1, p. 169-181, 2019. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3223>> Acesso em: 10 out. 2023.

ROTH, C. *et al.* Implementação de uma avaliação inicial padronizada para gerenciamento de demanda em atendimento de emergência ambulatorial na Alemanha: avaliação qualitativa inicial do processo. **JMIR Formative Research**. v. 4, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663159/>> Acesso em: 10 out. 2023.

RYAN, A. M. *et al.* Evidência de longo prazo sobre o efeito do pagamento por desempenho na atenção primária na mortalidade no Reino Unido: um estudo populacional. **Lancet**, n. 388, p. 268-274, 2016. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00276-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00276-2/fulltext)> Acesso em: 15 dez. 2023.

SÃO PAULO, Estado, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo. **Nota técnica COSEMS/São Paulo**: novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde. 2019. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude>> Acesso em: 15 dez. 2023.

SILVA FILHO, J. A. *et al.* Percepção dos pacientes hipertensos sobre o acolhimento na atenção primária à saúde. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 40, p. 980-94, 2018. Disponível em:

<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1157/1719>> Acesso em: 15 mar. 2023.

SILVA, H. G. M. G. *et al.* Conhecimento e satisfação dos usuários de uma unidade básica sobre os serviços de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 2, p. 282-294, 2020. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/journal/4979/497963611014/html/>> Acesso em: 02 jun. 2023.

SILVA, L. S. *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 10, 2020. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3575>> Acesso em: 17 ago. 2023.

SIMÃO, F. E. P.; MAGALHÃES, M. C. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista Científica Multidisciplinar do Núcleo do Conhecimento**. v. 2, p. 27-58, 2021. Disponível em:

<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/condicoes-sensiveis>> Acesso em: 22 mai. 2023.

SOARES, M. S. **Efeitos da implantação do programa previne Brasil na atenção primária à saúde**. TCC (Graduação) – Curso de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 56 f., 2023. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/52846/1/TCC-MARIA%20DA%20SILVA%20SOARES--.pdf>> Acesso em: 15 set. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 725 p., 2002. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>> Acesso em: 13 jul. 2023.

TASCA, R. *et al.* **Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas**. 2021. Disponível em: <[https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Financiamento\\_APSfinal.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Financiamento_APSfinal.pdf)> Acesso em: 13 ago. 2023.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/941-951/pt/>> Acesso em: 12 fev. 2023.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, p. 176, 2013.

VELOSO, I. A. M.; TIBÃES, H. B. B. Perfil de usuários atendidos em um pronto atendimento de saúde. **Recien – Revista Científica de Enfermagem**. v. 12, n. 38, p. 157–164, 2022. Disponível em: <<https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/644>> Acesso em: 10 ago. 2023.

VIEIRA, N. F. C. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200516/>> Acesso em: 10 ago. 2023.

WACHTEL, G.; ELALOUF, A. Lidando com a superlotação em um departamento de emergência: uma abordagem para identificar e tratar fatores influentes e uma aplicação na vida real. **Israel Journal of Health Policy Research**. v. 9, n. 1, p. 37, 2020. Disponível em: <<https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00390-5>> Acesso em: 10 set. 2023.

ZIMMERMANN, K. A. C. **Dificuldades enfrentadas por usuários de uma ESF para compreender a importância do acolhimento**. *Anais*: 10º Congresso Internacional em Saúde, Ijuí, UNIJUÍ, 2023. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/download/23075/21817>> Acesso em: 10 mai. 2023.

## **Apêndices**

**Apêndice A – Carta aos membros do Comitê de Ética em Pesquisa****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Senhor (a) Coordenador (a),

Eu, Samanta Brizolara Coutinho, RG nº 8062275766/SSP, encaminho o projeto de pesquisa intitulado “ **O que move usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de urgência e emergência?**” para revisão ética por parte deste Comitê. A realização do projeto é pré-requisito para concluir o curso de Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

**Pesquisador (a) responsável:** Samanta Brizolara

Coutinho E-mail para contato:

samantabrizolaracoutinho@gmail.com

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michele Mandagara de

Oliveira E-mail para contato:

michele.mandagara@gmail.com

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vania Dias Cruz

E-mail para contato: vaniacruz@unipampa.edu.br

Instituição onde será realizada a pesquisa: Serviços de urgência e emergência

Eu me comprometo a iniciar a pesquisa/fase de coleta de dados apenas quando houver a aprovação ética de meu projeto de pesquisa por parte deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
2023.

---

Samanta Brizolara Coutinho

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS Faculdade de Enfermagem

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “ **O que move usuários em condições sensíveis à APS na busca por serviços de urgência e emergência?**”. Esta pesquisa tem como objetivo **conhecer as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de Urgência e Emergência.**

Sobre essas condições sensíveis, segue a lista de patologias das condições sensíveis à APS: gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto.

**Procedimentos:** Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários que frequentam os serviços de urgência e emergência de Pelotas. Os resultados serão utilizados para o Projeto de Dissertação e, ainda, em eventos científicos e/ou revistas e estarão à sua disposição sempre que solicitado.

**Riscos:** O estudo não desencadeará riscos físicos, porém, se, em algum momento, sentir incômodo ao falar, sentindo-se desconfortável, terá a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum. Para tal finalidade é preciso esclarecer os possíveis desconfortos e riscos decorrentes em colaborar na pesquisa, além dos benefícios previstos dessa participação, com apresentação de resoluções a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa, garantindo esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive, considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa. A importância desde o início da entrevista é sempre conversar com os participantes de maneira clara e concisa sobre todos os riscos que pode ocasionar, para que se possa ter um espaço de diálogo à vontade e produtivo.

**Benefícios aos participantes:** A pesquisa pode proporcionar a possibilidade de reflexão sobre a organização da rede de serviços de saúde, propondo intervenções que auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços.

**Participação Voluntária:** Sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

**Confidencialidade:** Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

**Consentimento:** Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores responderão meus questionamentos até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias, uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com: a mestranda Samanta Brizolara Coutinho, pelo e-mail: samantabrizolaracoutinho@gmail.com; a professora orientadora Michele Mandagara de Oliveira, pelo e-mail: michele.mandagara@gmail.com; a professora coorientadora Vânia Cruz Dias, pelo e-mail: vaniadiascruz@hotmail.com; e Comitê da Faculdade de Enfermagem da UFPel, telefone: 55 53 3284-3822, e-mail: cepfen@ufpel.edu.br.

Ciente disso, eu, \_\_\_\_\_, aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
2023.

---

Samanta Brizolara Coutinho

---

Participante da Pesquisa

## Apêndice C – Instrumento de coleta de dados

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

#### Faculdade de Enfermagem

#### 1) Identificação dos sujeitos

Número da entrevista:

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Possui filho (s)? Idade (s)?

#### 2) Entrevista semiestruturada

a) O que fez você buscar o serviço de urgência e emergência ao invés da Unidade Básica de Saúde?

b) O que você está sentindo agora? (sinais/sintomas/condições de saúde)

c) Qual é o primeiro serviço de saúde que procura quando necessita?

d) No local onde você mora tem uma UBS próxima? Como é o atendimento quando você necessita? Em qual momento e por qual motivo você busca o atendimento da UBS?

e) Na sua opinião, a Unidade Básica de Saúde consegue suprir as suas necessidades? Explique.

f) Como você percebe esse atendimento no momento que é acolhido?

g) Qual o momento e por quais motivos você busca ajuda em relação a sua saúde no pronto atendimento?

h) E como é dado esse atendimento relacionado aos profissionais de saúde no Pronto Atendimento?

i) O que é oferecido de vantagens ou desvantagens no Pronto Atendimento?

j) Como você relaciona (compara) a busca do serviço na UBS ao Pronto atendimento em relação às suas necessidades de saúde ?

k) Você sabe da importância do atendimento da UBS do seu território para suprir os atendimentos da comunidade? Explique.

l) Você sabe qual é o tipo de atendimento nos serviços de urgência e emergência? Quais e onde recebeu orientações sobre o fluxo na Rede de Atenção à Saúde ?

m) Qual a sua percepção em relação aos serviços da Rede de Atenção à Saúde?

**Apêndice D – Quadro 1. Artigos selecionados para análise final**

**Quadro 1.** Artigos selecionados para análise final

Artigo 1	Publicação	EUA, 2017.
	Nome do Periódico	Wiley, Medicina de Emergência.
	Título	Por que as pessoas escolhem os serviços de emergência e urgência.
	Objetivo	Reunir pesquisas publicadas em ambientes de atendimento de urgência e emergência para identificar os fatores que sustentam as decisões do paciente para acessar atendimento de urgência e emergência.
	Tipo de Estudo	Revisão sistemática e síntese narrativa.
	Principais Resultados	Foram identificados seis grandes temas que resumiram as razões pelas quais os pacientes optaram por acessar o atendimento de urgência. Estes eram o acesso e a confiança nos cuidados primários; percepção de urgência, ansiedade e o valor da garantia de serviços baseados em emergência.
Artigo 2	Publicação	EUA, 2018.
	Nome do Periódico	BMJ Open.
	Título	Fatores que influenciam a decisão de encaminhar ou não idosos para o pronto socorro após atendimento em ambulância de emergência: uma revisão sistemática de estudos mistos.
	Objetivo	Fornecer uma visão geral estruturada dos fatores que influenciam a decisão de transporte de idosos para o Departamento de Urgência, após o atendimento de ambulância de emergência e os resultados dessas decisões.
	Tipo de Estudo	Revisão de estudos mistos.
	Principais Resultados	Os fatores que aumentam a probabilidade de não transporte são: diretrizes de não transporte, uso de ciclo de feedback, a experiência, confiança, histórico educacional e composição (homem-mulher) da equipe de EMS (emergency medical service) atendendo e consultando um médico, colega de EMS ou outro profissional de saúde fornecedor. Os fatores que aumentam a probabilidade de transporte são: ser responsabilizado, falta de apoio organizacional, de confiança e/ou de informações básicas de saúde e circunstâncias situacionais. As descobertas são apresentadas em uma estrutura abrangente que inclui o impacto desses fatores sobre os resultados da decisão.
Artigo 3	Publicação	EUA, 2018.

	Nome do Periódico	West j Emerg Med.
	Título	Validação de índice de gravidade de Emergência de NAAMCS como indicador de utilização de recursos do departamento de Emergência.
	Objetivo	Comparar as características sociodemográficas, clínicas e os padrões de utilização dos pacientes com diferentes níveis de triagem no banco de dados do <i>National Hospital Ambulatory Medical Care Survey</i> (NHAMCS).
	Tipo de Estudo	Uma análise secundária de vários anos do banco de dados NHAMCS de 2009-2011.
	Principais Resultados	Foram analisados 100.962 atendimentos de emergência (representando 402.211.907 atendimentos de emergência em todo o país). Em 2011, os pacientes classificados nos níveis 1 a 3 da triagem tiveram um número maior de diagnósticos (5,5, 5,6 e 4,2, respectivamente) quando comparados aos classificados nos níveis 4 e 5 (1,61 e 1,25). Este grupo também foi submetido a um maior número de procedimentos (1,0, 0,8 e 0,7, contra 0,4 e 0,4), teve um maior tempo de internação no DE (Departamento de Emergência) (220, 280 e 237, vs. 157 e 135) e taxas de admissão (32,2%, 32,3% e 15,5%, vs. 3,1% e 3,6%).
Artigo 4	Publicação	EUA, 2018.
	Nome do Periódico	HHS Public Acces.
	Título	Estratégias hospitalares para reduzir a aglomeração do departamento de emergência: um estudo de métodos mistos.
	Objetivo	Identificar as estratégias dos hospitais para reduzir a aglomeração de ED (Departamento de Urgência).
	Tipo de Estudo	Método misto.
	Principais Resultados	Em todos os hospitais, a superlotação no pronto-socorro foi reconhecida como um problema de todo o hospital. As estratégias para abordar o apinhamento no DE variaram amplamente. Nenhuma intervenção específica foi associada ao desempenho nas métricas de tempo de permanência. A presença de quatro domínios organizacionais foi associada ao desempenho hospitalar: envolvimento da liderança executiva; estratégias coordenadas em todo o hospital; gerenciamento orientado a dados; e responsabilidade pelo desempenho.
Artigo 5	Publicação	EUA, 2019.
	Nome do Periódico	PubMed.
	Título	Percepções dos médicos sobre o impacto do

		teste inicial no pronto atendimento no departamento de emergência.
	Objetivo	Avaliar as percepções dos médicos sobre o teste POC no DE quando a via de tratamento normal foi modificada para usar testes de Ponto de Atendimento (POC) iniciais realizados antes da avaliação do médico em um esforço para diminuir os tempos de tratamento.
	Tipo de Estudo	Investigativa.
	Principais Resultados	No geral, os médicos pesquisados ficaram muito satisfeitos com o uso do POC inicial no pronto-socorro. Cem por cento dos 28 médicos pesquisados acharam útil avaliar pacientes que já tinham os resultados dos exames disponíveis e gostariam que estivessem permanentemente disponíveis. Os escores de satisfação normalizados foram mais favoráveis para combinações de 3 ou mais testes (0,7–1,0) em oposição a combinações com 2 ou menos testes (0,3–0,7). Houve uma preferência por combinações que incluíam resultados sanguíneos abrangentes.
Artigo 6	Publicação	EUA, 2019.
	Nome do Periódico	International Journal of Environmental Research and Public Health.
	Título	Perfil e motivação dos pacientes que consultam em departamentos de emergência, embora não exijam esse nível de atendimento.
	Objetivo	Determinar o perfil dos pacientes da Escala Francesa de Classificação de Enfermeiros de Emergência em Hospital (CIMU) que consultaram no pronto-socorro, incluindo características sociodemográficas, acesso aos serviços de saúde e motivos da consulta ao pronto-socorro.
	Tipo de Estudo	Estudo multicêntrico prospectivo no ED do Bichat University Hospital em Paris (França).
	Principais Resultados	Em todos os hospitais, a aglomeração no pronto-socorro foi reconhecida como um problema.
Artigo 7	Publicação	EUA, 2020.
	Nome do Periódico	Israel Journal of health policy Research.
	Título	Lidando com a superlotação em um departamento de emergência: uma abordagem para identificar e tratar fatores influentes e uma aplicação na vida real.
	Objetivo	Mostrar que, ao coletar dados dentro de um PS, podemos identificar novos fatores que têm o potencial de influenciar o apinhamento (pouco espaço) do PS e o tempo de internação do

		paciente.
	Tipo de Estudo	Estudo de caso.
	Principais Resultados	No geral, os médicos entrevistados ficaram muito satisfeitos com o uso de POC (Teste de ponto Atendimento) inicial no pronto-socorro. Cem por cento dos 28 médicos pesquisados acharam útil avaliar os pacientes que já tinham os resultados dos testes disponíveis e gostariam que eles estivessem permanentemente disponíveis.
Artigo 8	Publicação	Alemanha, 2020.
	Nome do Periódico	JMIR Formative Research.
	Título	Implementação de uma avaliação inicial padronizada para o gerenciamento de demanda em atendimento de emergência ambulatorial na Alemanha: avaliação qualitativa inicial do processo.
	Objetivo	Avaliar a percepção geral do instrumento baseado em software para avaliação inicial padronizada – <i>Standardisierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland</i> (SmED) por profissionais de saúde que utilizam o software, verificar em que medida o SmED influencia a carga de trabalho e as rotinas de trabalho dos profissionais de saúde e determinar quais fatores estão associados ao uso do SmED.
	Tipo de Estudo	Avaliação qualitativa.
	Principais Resultados	Os profissionais de saúde perceberam que a carga de trabalho aumentou inicialmente, devido ao tempo adicional necessário por paciente. Ao usar o SmED com mais frequência e por um período mais longo, seu uso tornou-se mais rotineiro e o tempo necessário para atendimento, por paciente, diminuiu. O SmED foi considerado um suporte para a tomada de decisão em relação à urgência do tratamento médico, mas nem todos os tipos de pacientes eram elegíveis. Problemas técnicos, falta de integração com outro software e falta de praticidade nos horários de pico afetaram a implantação do SmED.
Artigo 9	Publicação	EUA, 2020.
	Nome do Periódico	BMC Emergency Medicine.
	Título	O impacto crescente de pacientes mais velhos no departamento de emergência: uma análise retrospectiva de cinco anos no Brasil.
	Objetivo	Descrever as características sociodemográficas e desfechos de usuários de serviços de saúde terciários brasileiros.
	Tipo de Estudo	Estudo analítico transversal observacional.

	Principais Resultados	Os principais fatores associados à internação hospitalar foram os idosos acima de 80 anos (OR 6,34); pertencer aos grupos etários idoso- idoso (3,49), jovem-idoso (2,70) e adulto (1,75); e sexo masculino (1,37).
--	-----------------------	---

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

## **Anexos**

### Anexo A – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	

4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47

8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	

16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Brasil, 2008.

**Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O que move usuários em condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de urgência e emergência?

**Pesquisador:** SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66722522.6.0000.5316

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.892.696

**Apresentação do Projeto:**

Informações retiradas do protocolo de pesquisa, versão 2, CAAE: 66722522.6.0000.5316, submetido à Plataforma Brasil em 08 de fevereiro de 2023. "Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAPS) representam problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção que, na falta de atenção oportuna e efetiva, tem sua evolução suscetível à hospitalização. Quando a APS não garante acesso satisfatório e apropriado, pode gerar uma demanda exagerada para os níveis de média e alta complexidade, provocando retornos impróprios de cuidado e aumentando custos e gastos desnecessários (Albieri; Lira; Grimm, 2018).

Este estudo tem como objetivo conhecer as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de Urgência e Emergência. Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. A coleta de dados será realizada com os usuários dos serviços de urgência e emergência do município, com a utilização da técnica de entrevista semiestruturada, no Pronto Socorro (PS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade de Atendimento Imediato (UBAI) Navegantes e Lindóia. O tratamento dos dados será realizado a partir da análise temática. Espera-se que os resultados da presente pesquisa identifiquem as condições sensíveis à APS que estão sendo atendidas nos serviços de urgência e emergência, bem como os motivos dessa procura, para que possam colaborar para o pleno desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde no âmbito comunitário."

#### **Objetivos da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Conhecer as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de Urgência e Emergência."

"Objetivos Secundários:

Conhecer as motivações dos usuários em Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na busca por serviços de Urgência e Emergência.

Identificar as condições sensíveis à APS que estão sendo atendidas nos serviços de urgência e emergência; Descrever a percepção dos usuários em relação aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Apresentar as motivações da busca pelo serviço de urgência e emergência ao invés da APS."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos: O estudo não desencadeará riscos físicos, porém, se em algum momento, o entrevistado sentir desconforto ao falar, sentindo-se desconfortável, terá a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum."

"Benefício: A pesquisa pode proporcionar a possibilidade de reflexão sobre a organização da rede de serviços de saúde, propondo intervenções que auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um protocolo de pesquisa, em sua segunda versão, CAAE: 66722522.6.0000.5316, do tipo projeto de pesquisa de mestrado proveniente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPel. A pesquisadora respondeu as pendências solicitadas pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa, emitidas mediante parecer consubstanciado em 30 de janeiro de 2023. O protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução 466/2012.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

Recomendações:

Realizar devolutiva dos resultados aos participantes do estudo, serviço de saúde e comunidade científica.

Enviar relatório final da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel via Plataforma Brasil conforme prevê o item d do artigo XI da Resolução 466/12.

Recomenda-se a pesquisadora que atente para as orientações e recomendações das organizações sanitárias, em decorrência da COVID-19, ao desenvolver a pesquisa independente da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO.pdf	08/02/2023 15:38:55		Aceito
Outros	Artigo.pdf	08/02/2023 15:35:55	SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tc.PDF	08/02/2023 15:13:55	SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/02/2023 15:13:28	SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO	Aceito
Outros	cartadeaunuencia.pdf	01/02/2023 17:11:47	SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	14/12/2022 21:09:50	SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Pelotas, 14 de Fevereiro de 2023

**Assinado por:**

**Juliana Graciela Vestena Zillmer  
(Coordenador(a))**

## ANEXO C

## UBAI LINDOIA

Nome	Sexo	Idade	Filhos	Condições Sensíveis
P1	M	72	Sim	Vacina covid
P2	F	60	Sim	Realizar eletro
P3	F	63	Sim	Insonia, depressão e crise de ansiedade
P4	M	78	Sim	Dor no peito, queimação na boca do estomago e esôfago
P5	F	18	Não	Exames de rotina
P6	M	49	Sim	Dor no olho, olho fechado, olho inflamado
P7	F	69	Sim	Vem para buscar receita e para conseguir consulta com o oculista para trocar as lentes
P8	F	46	Sim	Vem para mostrar os exames do colesterol alto, porque não anda se sentido bem
P9	M	50	Sim	Dor no ouvido direito
P10acompanhante (fora)	F	46	Sim	Trouxe a filha devido a herpes zoster e virose intestinal