

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

**ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM CASOS AGUDOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Gelmar Geraldo Gomes

Belo Horizonte - MG  
2013

Gelmar Geraldo Gomes

## **ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM CASOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves

G633a Gomes, Gelmar Geraldo.  
Atendimento de usuários com casos agudos na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Gelmar Geraldo Gomes. - - Belo Horizonte: 2013. 87f.: il.  
Orientadora: Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 3. Qualidade de Assistência à Saúde. 4. Assistência Pré-Hospitalar. 5. Estudos de Casos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.6

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Dissertação intitulada “Atendimento do Usuário com caso agudo na Atenção Primária à Saúde”, de autoria do mestrando Gelmar Geraldo Gomes, aprovada pela banca dos seguintes professores:

---

Profª Drª Marília Alves (ENA/UFMG) – Orientadora

---

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna (EE/UFMG)

---

Prof. Dr. Antônio Leite (FM/UFMG)

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 20 de junho de 2013.

*Dedico este trabalho aos meus pais, Miguel e Ana Geralda,  
que sempre estiveram do meu lado me apoiando e aos meus  
irmãos, que sempre acreditaram em mim.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela bênção da vida que me proporcionou trilhar este caminho.

Aos meus pais, Miguel e Ana Geralda, que sempre foram a fonte de sabedoria e força necessária para concretizar as minhas conquistas.

Aos meus irmãos, que sempre acreditaram em mim e me apoiaram em todos os momentos.

À minha querida orientadora, Prof<sup>ra</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alves, minha referência de profissional a seguir, que com seus ensinamentos me mostrou o quão fascinante é a pesquisa. Agradeço pela incondicional amizade e carinho.

Às professora Maria José Menezes Brito, Anadias Trajano Camargos e Cláudia Maria de Mattos Penna que sempre participaram do meu processo de aprendizado e de busca pelo conhecimento, sempre me ajudando.

Às professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais que foram as responsáveis pela minha formação profissional e pelos diversos conhecimentos adquiridos em todo este processo.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais sempre se apresentaram disponíveis a ajudar.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos vividos e pelas intensas trocas de conhecimento e experiências.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, em todos os momentos até aqui com sabedoria e companheirismo.

À minha querida amiga Beatriz Caçador que sempre foi um forte apoio ao longo deste caminho. Você sempre será para mim uma referência de competência e dedicação.

Aos amigos, Lívia Cozer, Angélica Andrade, Letícia Cotta, Thays Batista, Carol Caram, Fátima Roquete, Meiriele Tavares, Daniela Soares, Hellen Ribeiro, Aline Cruz, pelos momentos de descontração e pelo trabalho realizado em conjunto.

Aos profissionais de saúde que participaram deste estudo, por me receberem tão bem e por terem contribuído tanto para essa pesquisa.

À CAPES por permitir que eu me dedicasse a este trabalho me agraciando com uma bolsa de pesquisa.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelas oportunidades que me foram oferecidas.

Enfim, a todos que participaram deste processo, o meu muito obrigado!

## RESUMO

GOMES, Gelmar Geraldo. **Atendimento de usuários com casos agudos na Atenção Primária à Saúde**. 2013. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

O presente estudo teve como objetivo identificar a conduta adotada pelos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com casos agudos. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Norte, de Belo Horizonte. A coleta de dados ocorreu por meio de observação assistemática, totalizando 119 horas e 30 minutos de observação, e entrevista semiestruturada com 17 profissionais de saúde que lidassem diretamente com o atendimento dos casos agudos que chegavam à unidade, entre enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, optando-se pela análise temática. Os dados foram sistematizados em três categorias temáticas, a saber: O que é usuário com caso agudo e atendimento de urgência ou emergência para os profissionais de saúde da Atenção Primária? A organização do atendimento ao usuário com um caso agudo; e o fluxo do usuário com caso agudo na rede de serviços de saúde: a dinâmica dos encaminhamentos. Na primeira categoria os dados mostraram que os profissionais da unidade têm dificuldades em definir os termos, principalmente caso agudo e urgência. O termo emergência foi mais facilmente definido provavelmente por representar o limite da gravidade dos casos. Nesta categoria evidenciou-se a necessidade de adoção de um protocolo que universalize tais conceitos, seja para profissionais da atenção primária à saúde, seja para outros níveis de atenção. Na segunda categoria, evidenciou-se que a organização do atendimento é voltada para o acesso do usuário com caso agudo à unidade, com prejuízo da demanda espontânea. Porém, principalmente quando há a falta do profissional médico na equipe, o tempo de atendimento é longo, o que contribui negativamente para a acessibilidade e vinculação do usuário à sua equipe. Na terceira categoria os dados mostram que os encaminhamentos quando são feitos para a Unidade de Pronto Atendimento Norte são tranquilos para os profissionais de saúde, por esta ser a referência, porém quando é necessário fazer o encaminhamento para outras unidades, este é mais difícil e burocratizado. Também foi evidenciada a necessidade da realização da contrarreferência dos usuários, que ocorre raramente, mesmo quando a unidade é referência. Conclui-se que é grande a necessidade de se reorientar o atendimento de pacientes com casos agudos com universalização dos conceitos, adoção de protocolos e capacitação profissional. Além disso, o atendimento deve ser reordenado buscando agilidade e resolutividade, mesmo quando há a falta de um profissional na equipe, o que contribui para o aumento da qualidade da atenção e vinculação do usuário. É importante que a rede funcione de fato e que os processos sejam desburocratizados, pois quando há necessidade de uma transferência, a agilidade pode ser decisiva no prognóstico do usuário.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Assistência pré-hospitalar. Qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

GOMES, Gelmar Geraldo. **Service users with acute cases in Primary Health Care** in 2013. 87f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, in 2013.

This study aimed to identify the conduct adopted by professional primary health care as the service users with acute cases. This is a case study of a qualitative nature, conducted in a Primary Health North Health District, in Belo Horizonte. The data were collected through observation, totaling 119 hours and 30 minutes of observation and semi-structured interviews with 17 health professionals you to deal directly with the care of acute cases that came to the unit, including nurses, medical assistants and technicians nursing. The collected data were subjected to content analysis, opting for thematic analysis. The data were organized into three themes, namely: What is user case with acute and urgent care or emergency healthcare professionals of Primary? The organization of the service user with an acute case, and user flow with acute case the network of health services: the dynamics of referrals. In the first category the data showed that the unit staff have difficulties in defining the terms, especially if acute and urgent. The term emergence was more easily defined probably represent the limit of the severity of cases. This category showed the necessity of adopting a protocol that universalize such concepts, either for primary care professionals to health, or to other levels of care. In the second category, it became clear that the organization of care is focused on the user's access to the unit with an acute case, a loss of spontaneous demand. However, especially when there is a lack of medical professionals on staff, the service time is long, which contributes negatively to the accessibility and linking the user to the home team. In the third category, the data show that referrals when they are made to the Emergency Unit North are quiet for health professionals, which is a reference, but when you need referral to other units, this is more difficult and bureaucratic. It also showed the need to carry out counter-users, which rarely occurs, even when the unit is reference. We conclude that there is a great need to reorient the care of patients with acute cases with universal concepts, use of protocols and professional training. In addition, care must be reordered seeking speed and resolution, even when there is a lack of an experienced team, which contributes to increased quality of care and linking user. It is important that the network really work and processes are unbureaucratic, because when there is need for a transfer, the speed can be crucial in the prognosis of the user.

**Key words:** primary health care; health services needs and demand; prehospital care; quality of health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS -----	21
FIGURA 2 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde -----	24
FIGURA 3 – Fluxograma genérico de atendimento à demanda em Unidade Básica de Saúde -- -----	31
FIGURA 4 – Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte -----	36

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

QUADRO 1 – Fatores facilitadores e barreiras à implementação eficaz da APS -----	26
TABELA 1 – Distribuição da amostragem de tempo das observações -----	39
TABELA 2 – Informações do perfil sócio-demográfico dos entrevistados -----	42

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP/PBH – Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COEP/UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IVAS – Infecções de Vias Aéreas Superiores

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
<b>3. REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
3.1 A construção das Redes de Atenção à Saúde coordenada pela Atenção Primária à Saúde	20
3.2 As urgências da Atenção Primária à Saúde: o acolhimento à demanda espontânea	29
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>43</b>
5.1 Caracterização dos participantes do estudo	43
5.2 O que é usuário com caso agudo e atendimento de urgência ou emergência para os profissionais da Atenção Primária?	45
5.3 A organização do atendimento ofertado ao usuário com caso agudo	53
5.4 O fluxo do usuário com caso agudo na rede de serviços de saúde: a dinâmica dos encaminhamentos	68
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados porta de entrada principal dos usuários ao serviço público de saúde, sendo referenciada pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como ordenadora da rede de serviços de saúde e coordenadora do cuidado ao usuário (BRASIL, 2010a). Porém, ainda são desafios a serem enfrentados pela esfera da gestão da APS questões como o acesso universal dos usuários às UBS, no que se refere à demanda programada e agendamentos, à demanda espontânea e, sobretudo, às situações caracterizadas como “casos agudos”, ou seja, usuários que apresentam desestabilização de quadros mórbidos pré-existentes ou situações de novos agravos à saúde. Esses usuários necessitam de atendimento em curto espaço de tempo, como forma de evitar complicações desnecessárias e evitáveis, preferencialmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área de abrangência.

A APS é o nome dado ao componente central da rede de serviços de saúde, também denominado no Brasil de Atenção Básica à Saúde, mas neste trabalho optamos por utilizar APS por ser uma denominação utilizada internacionalmente e que ganha força no Brasil, sendo cada vez mais utilizada. Já UBS refere-se à unidade física onde são realizadas as ações da APS. Em Belo Horizonte este componente da rede é executado no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que congrega o atendimento de sua demanda espontânea e programada.

A organização da demanda nos serviços de APS por estar centrada em ações programadas, não elimina a necessidade de atendimento à demanda espontânea por casos agudos. A demanda espontânea é caracterizada pela procura à UBS sem um agendamento prévio, ou sem ter sido alvo de uma busca ativa por condições consideradas prioritárias (RAMOS, 2008). A demanda espontânea se diferencia da programada porque se apresenta por uma necessidade autopercebida pelo usuário, na maior parte dos casos de resolução imediata, o que legitima a sua ida à UBS (SANTANA, 2008).

Usuários portadores dos chamados “casos agudos”, frequentemente chegam à UBS por demanda espontânea, apresentando situações de sofrimento físico ou psíquico e podem necessitar de atendimento de urgência ou emergência. Isso gera a necessidade de reorganização da agenda do serviço e disponibilidade de tecnologia apropriada, embora nem sempre disponível na APS. Os usuários nessas situações são, frequentemente, encaminhados para outra instância, preferencialmente via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU) que, por sua vez, julga não ser necessária sua intervenção, porque o usuário com quadro agudo poderia ser atendido na UBS. Isso gera conflitos na organização da assistência sugerindo que não há lugar na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento das necessidades dos usuários com casos agudos. Não há um fluxo definido, a análise e definição pelo atendimento ou encaminhamento do paciente são feitos pelos profissionais que o atendem, o vínculo profissional/serviço/usuário é prejudicado e, muitas vezes, há uma espera desnecessária e desgastante para todos os envolvidos.

Embora seja responsabilidade de todos os níveis assistenciais atenderem às urgências/emergências, de acordo com a tecnologia disponível, nem sempre isso ocorre, sobretudo na APS, em função das condições das UBS, capacitação de pessoal e dos tênues limites entre “casos agudos”, urgência e emergência, cuja indefinição conceitual é traduzida em um jogo de “empurra-empurra”. Grandes urgências têm encaminhamento imediato sem contestação, mas a discussão sobre os “casos agudos” não chega a um consenso tão menos a uma definição operacional, resultando na falta de definição das responsabilidades pelo atendimento na rede de serviços. Neste contexto, indaga-se: Qual a conduta adotada pelos profissionais da APS em relação ao atendimento de usuários com quadros agudos? O que determina o atendimento ou os encaminhamentos dos pacientes que chegam às UBS com quadros agudos?

Segundo Turci (2008, p.259), os quadros agudos “são casos que não se configuram como urgência ou emergência, porém necessitam de avaliação imediata por profissional de saúde e atendimento médico nas próximas 24 a 48 horas”. Assim, usuários que apresentam quadros agudos são aqueles que têm uma ruptura no curso normal de sua vida, caracterizada por um agravo à saúde, sendo necessária assistência adequada, ou seja, identificação e tratamento que possibilite a resolução do seu problema de saúde. Segundo a Resolução nº. 1.451 do Conselho Federal de Medicina, de 10/03/1995, a urgência é a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. De acordo com a mesma resolução emergência é a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, atendimento médico imediato” (CFM, 1995).

Mendes (2009) faz uma divisão conceitual embasada nas condições de saúde: condições agudas e condições crônicas. Para tanto, define condições agudas como um agravo de início rápido, com causa geralmente única, de curta duração, sendo esta inferior a três meses. Nestes casos, os testes diagnósticos são frequentemente decisivos e geralmente evoluem para a cura. As condições crônicas têm início gradual, geralmente de múltiplas

causas, com duração indefinida, e diagnósticos e prognósticos usualmente incertos. Em geral, como resultados têm-se o cuidado sem evolução para a cura.

Ressalta-se que neste estudo temos como pressuposto a existência de um conhecimento acumulado pelos profissionais que permite diferenciar, teoricamente, as duas situações, porém os limites às vezes são tênues e geram inseguranças, assim como uma situação crônica pode ser agudizada, comprometendo o bem estar do usuário. Muitas vezes o usuário necessita, prioritariamente, estabilizar seu quadro agudo ou crônico agudizado para retomar seu ritmo cotidiano de vida e ao ser remanejado para outro serviço, destinado às urgências, fica inseguro e não raro tende a pensar que seu quadro é mais grave.

Por outro lado, Giglio-Jacquemot (2005) se refere aos casos agudos como “pequenos problemas”, considerados como não urgentes pelos profissionais de saúde, por não se caracterizarem como um risco à vida, mas esses casos a ameaçam e a dificultam seriamente. Junto ao conceito de caso agudo aparece, também, a questão social, na qual uma ruptura no cotidiano do usuário, que o impossibilite de trabalhar vai gerar uma demanda por atendimento e ele irá buscá-lo, fazendo valer seus direitos como cidadão. Os “pequenos problemas” como dores de cabeça, cortes, sensação de fraqueza, tontura, membros torcidos, dores na coluna e nas costas levam usuários a superlotar as unidades de pronto-atendimento e unidades hospitalares, pois tais problemas constituem uma ruptura no seu domínio social, familiar, conjugal, profissional e econômico.

Lumer (2007) relata sobre casos aos quais denomina “urgência de rotina” que são casos frequentes, porém sem risco à vida, mas percebidos pelo usuário de forma aflitiva, gerando neste a necessidade de um atendimento rápido.

O conceito de urgência se apresenta de forma diferente segundo o grupo que a sente ou percebe, sendo percebida como “uma ruptura de ordem do curso da vida” para usuários e familiares. Para os profissionais da saúde é relacionada “com o prognóstico vital em certo intervalo de tempo” e para as instituições “corresponde a uma perturbação de sua organização” (LE COUTOUR citado por BRASIL, 2006b, p.47). Percebe-se assim, que usuários dos serviços, profissionais e instituições possuem discursos dissonantes e, conseqüentemente, práticas desarticuladas, nas quais cada um procura fazer valer sua ideologia e ter seus interesses atendidos, o que se torna quase impossível diante de interesses tão divergentes. A dor e o medo do sujeito não são valorizados porque o prognóstico não o

coloca em risco na visão do profissional, além de corresponder a uma perturbação no serviço de saúde que, geralmente, está superlotado e sem condições de ampliar o atendimento.

As urgências médicas são caracterizadas como vitais pelos usuários e/ou sociedade e apresentam gravidades que ameaçam psíquica ou fisicamente a integridade do usuário. Além disso, exigem que sejam resolvidas em curto período de tempo e implicam em um estado de exceção social, uma vez que determinam prioridade sobre outros casos e o usuário não pode esperar em filas (LUMER, 2007).

Sobre a concepção de urgência para os usuários, Giglio-Jaquemot (2005) relata que os usuários procuram as unidades de pronto-atendimento porque sua concepção de urgência é diferente da concepção dos profissionais de saúde, pois os usuários se baseiam nos sinais e nas suas representações de urgência para procurar atendimento.

Para os profissionais de saúde a urgência é relacionada com o prognóstico vital e como em cada nível de atenção o julgamento das necessidades do usuário é definido pelos profissionais, surgem diversas abordagens de urgência, embasadas em seus conhecimentos e experiências em cada nível da rede de serviços de saúde. Assim, profissionais do SAMU e da APS fazem julgamentos diferenciados de urgência, dificultando o consenso e o trabalho em rede, abrindo espaço para embates e conflitos entre os mesmos. Os profissionais do SAMU alegam que os profissionais da APS acionam o serviço de urgência sem necessidade, para o encaminhamento de casos que poderiam ser resolvidos na UBS. Por outro lado, os profissionais da APS relatam que só acionam o SAMU diante de situações que extrapolam sua competência e também por não terem recursos tecnológicos neste nível de atenção para resolvê-las (LE COUTOUR citado por BRASIL, 2006b; ROCHA, 2009).

São comuns conflitos entre profissionais da APS e do SAMU em relação às responsabilidades pelo atendimento em situações de urgência, sendo que segundo a Portaria GM/MS nº. 2048, de 05/11/2002, todos os níveis de atenção são responsáveis pelo atendimento às urgências de acordo com a complexidade e tecnologia disponível. Além disso, a Portaria explicita que é de grande importância que um usuário acompanhado em uma UBS seja atendido nesta unidade quando tem seu problema de saúde desestabilizado. A APS é o melhor nível de atenção para atender esse usuário, uma vez que o mesmo tem prontuário, história pregressa e atual conhecidas, e pelo vínculo profissional-usuário (BRASIL, 2002).

Os profissionais da APS argumentam que seu processo de trabalho é direcionado para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças não reconhecendo como sua responsabilidade o atendimento de usuários com quadros agudos, embora esse nível de atenção seja a referência para o primeiro atendimento em casos de urgência. Além disso, os

profissionais da APS relacionam o encaminhamento dos pacientes e acionamento do SAMU a limitações da assistência, dificuldades de resolutividade e baixo aporte tecnológico (ROCHA, 2009). Os argumentos dos profissionais têm uma lógica, mas o usuário não pode ficar à espera de uma definição do sistema de saúde que contemple suas necessidades.

Castro e Shimazaki (2006, p.11) colocam que “ao ouvir os gerentes e os profissionais das unidades básicas de saúde, têm-se como justificativa: a escassez e a inadequação dos recursos – humanos, materiais, administrativos e financeiros – para atender à demanda”. Isso gera um resultado negativo para o usuário que tem de enfrentar filas enormes, salas e corredores lotados de macas e grandes períodos de espera, por vezes sem resposta.

A Carta de Liubliana, assinada pelos Ministérios de Saúde da Europa afirma que estratégias bem estruturadas são importantes para que a atenção hospitalar aguda de complexidade compatível com a APS seja direcionada para a mesma e serviços correlatos como atenção domiciliar e comunitária, onde se fizer necessário (MENDES, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio do Manual de Regulação Médica das Urgências, coloca que uma das dificuldades do sistema de atenção às urgências no cenário atual é a falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na APS (BRASIL, 2006b).

Nesta linha de argumentação, encaminhar pacientes às unidades de média e alta complexidade fragmenta seu acompanhamento e desorganiza a rede, contribuindo para que pacientes e familiares tenham a média e alta complexidade como referência de atendimento para os agravos à sua saúde, descaracterizando a APS como porta de entrada do SUS para pequenas urgências. Nesse sentido, alguns documentos governamentais e autores (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b; ROCHA, 2009; GARLET, 2008; MARQUES, 2004; MARQUES, 2010; LUMER, 2007) têm abordado outras portas de entrada das urgências no SUS. Essas são divididas em pré-hospitalares fixas e móveis e hospitalares. As portas de entrada pré-hospitalares fixas são compostas pelas UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA); das pré-hospitalares móveis fazem parte o SAMU e os serviços de resgate e salvamento; e as hospitalares são compostas pelos hospitais gerais.

O argumento dos profissionais da APS de falta de estrutura para atender pequenas urgências, resulta frequentemente em encaminhamentos para o nível secundário, gerando sobrecarga de ambulatórios de média complexidade e serviços de urgência, como pronto-atendimentos. Nos últimos anos, várias estratégias foram adotadas para que a APS se tornassem o nível mais procurado pela população no que se refere às questões de saúde. Dentre as estratégias adotadas, encontra-se a expansão da oferta dos serviços na APS, com a criação de novas UBS no âmbito municipal, Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente tornando-se Estratégia Saúde da Família (ESF), pela Portaria nº 648, de 28/03/2006 (BRASIL, 2006a).

Apesar do elevado número de usuários atendidos na APS no Brasil, ainda é inexpressivo no que se refere à equivalente porcentagem desses atendimentos diante do parâmetro mundial de resolução de 85% dos problemas de saúde da população que poderiam ser atendidos neste nível de atenção (BRASIL, 2002 e 2006a). Além disso, mesmo com a expansão dos serviços da APS, essa é ainda insuficiente para assegurar o acesso com eficácia e o atendimento das necessidades dos usuários, sendo necessário “empenhar-se na construção de estratégias que promovam mudanças no cotidiano dos serviços” (CASTRO e SHIMAZAKI, 2006, p.11).

Segundo Merhy (2006, p.106) “a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar em serviços que atendam urgências e emergências”. Sem uma rede de serviços de saúde conectada e com cada nível de atenção respondendo pela sua demanda de urgência, de acordo com seu nível de complexidade, o sistema nunca funcionará como se deve e a superlotação de unidades de pronto atendimento e hospitalares será uma constante, sem adentrar na questão do desperdício de recursos financeiros que esses serviços fragmentados geram.

Franco e Magalhães Júnior (2006) relatam que a persistência do modelo médico-centrado e prescritivo, a falta de conhecimento dos profissionais da APS para o atendimento de situações de urgência e o baixo uso de tecnologias leves de cuidado, também contribuem para a baixa resolutividade deste ponto de atenção da rede. Portanto, muitos profissionais da APS ao se depararem com condições de urgência têm o impulso de encaminhar o usuário para um serviço de maior complexidade, sem fazer uma primeira avaliação e estabilização do quadro (BRASIL, 2002).

Mendes (2009) ressalta que a ausência de uma APS resolutiva que retarde ou bloqueie a evolução das doenças consideradas crônicas leva a uma procura de serviços de pronto-atendimento ambulatorial ou hospitalar em seus períodos de agudização, causando a superlotação dessas unidades. Na prática, essa superlotação dos serviços ocorre porque os usuários buscam a resolução de seus problemas na rede de saúde e como a APS não é vista pelos mesmos como porta de entrada para pequenas urgências e casos agudos, procuram solução em serviços de porta aberta como unidades de pronto-atendimento. Porém, nos serviços de urgência muitos são classificados como verdes, de acordo com a Classificação de Risco de Manchester, e tem um tempo de espera maior para receber atendimento, pois

segundo os profissionais seu caso se configura como pouco urgente e seu atendimento deveria ser realizado em uma UBS. A prioridade é dada a outros usuários que se encontram em situação mais grave e alguns menos graves são orientados a buscar atendimento nas UBS. Assim, a atual organização funcional da rede, exclui o usuário portador de caso agudo, por não se caracterizar como um quadro de risco de vida e por não ser uma demanda programada.

Para diminuir o impacto das longas esperas em unidades de pronto atendimento e hospitalares, reduzindo o risco de sequelas e óbitos na fila de espera pelo atendimento, tem-se adotado em diversos serviços porta aberta no Brasil a Classificação de Risco de Manchester. Essa é um protocolo de triagem de pacientes, que determina a gravidade do caso em uma estratificação de cinco categorias por cores: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde), não urgente (azul). De acordo com cada prioridade é definido um tempo de espera máximo para receber o atendimento (PINTO JÚNIOR, 2011).

Em Belo Horizonte, segundo dados da Classificação de Risco de Manchester, utilizado nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), pacientes classificados como verdes ou azuis devem ser atendidos na UBS e o que se identifica no Relatório de Produção das UPA, de 2010, é que a cor prevalente atribuída aos pacientes é a verde (54,02%) (MARTINS, 2011).

Para acabar com o fenômeno de superlotação de unidades de saúde de nível secundário e terciário, faz-se necessário que cada nível de atenção se responsabilize pelo atendimento às urgências de acordo com a o seu nível de densidade tecnológica. Para tanto, é necessário uma reorganização da APS que dê vazão às pequenas urgências que chegam por demanda espontânea (MENDES, 2009). Ainda segundo Mendes (2009, p.337),

o enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e emergências.

O interesse em desenvolver este trabalho partiu da minha experiência na iniciação científica em que atuei desenvolvendo as pesquisas do projeto “*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): representações sociais de profissionais e usuários*”. No estudo percebemos que o conceito de urgência era diferente para profissionais do SAMU e da APS, o que gerou inquietações, pois o atendimento de usuários portadores de casos agudos é considerado pelos profissionais como “um nó ainda a ser desfeito” no sistema de saúde. O interesse em desenvolver esse estudo parte da necessidade de compreensão do atendimento de tais casos e da conduta dos profissionais da APS perante os mesmos.

Os profissionais da APS e de outras portas abertas do sistema têm dificuldades em reconhecer o atendimento ao usuário com caso agudo como sua responsabilidade, gerando desconforto e conflitos com os usuários. Dessa forma, um dos grandes problemas encontrados na APS está relacionado ao atendimento de usuários com quadros agudos que, não raro, são encaminhados para outros níveis com a intermediação do SAMU. Assim, optou-se por estabelecer como foco deste estudo o atendimento de pacientes com quadros agudos que chegam à APS, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para fazer os atendimentos ou encaminhamentos.

Este estudo se justifica pela atual crise da urgência no país, evidenciada principalmente pela superlotação dos pronto-atendimentos, sendo necessários estudos sobre o atendimento das urgências pela APS. Na perspectiva teórica, a APS constitui-se como a principal porta de entrada dos usuários no SUS e coordenadora do cuidado, sendo necessário conhecer as razões do não atendimento dos pacientes agudos que chegam às UBS, visando obter subsídios para a organização dos serviços no atendimento a esta clientela. Além disso, a urgência e emergência também carecem de estudos quanto à definição de casos agudos, urgências e emergências, que são ainda precárias. Este estudo se mostra relevante, também, devido à necessidade do entendimento das responsabilidades dos níveis de atenção no atendimento às urgências e como subsídios para os gestores na articulação do trabalho em rede. Acredita-se que a compreensão da percepção dos profissionais sobre o atendimento de usuários com casos agudos possa estimular a discussão e adoção de estratégias que fortaleçam a articulação entre os serviços da rede de serviços de saúde quanto ao atendimento desses usuários.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Analisar a conduta adotada pelos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com casos agudos.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Compreender a percepção dos profissionais da APS quanto a sua responsabilidade no atendimento de pacientes com quadros agudos;
- Conhecer o atendimento disponibilizado aos pacientes que chegam à atenção primária com um caso agudo;
- Identificar os encaminhamentos para outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde de pacientes com quadro agudo que procuram a UBS.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. A construção das Redes de Atenção à Saúde coordenada pela Atenção Primária à Saúde**

A ideia de organização dos serviços de saúde configurando uma rede de atenção à saúde não é nova, tendo sido proposta já no início do século XX, porém só começou a ser amplamente utilizada nos anos 90.

O primeiro esboço de uma rede regionalizada de saúde foi proposto no Relatório de Dawson, em 1920, a pedido do governo britânico. O relatório propôs uma nova forma de organização dos serviços de saúde, por níveis de assistência, sendo os três níveis principais: os centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (DAWSON, 1964; STARFIELD, 2002; MENDES, 2009). Sua missão era organizar a oferta de serviços de saúde a fim de atender a toda a população em uma dada região. Além disso, o relatório trazia como pontos importantes: a integração entre medicina preventiva e curativa, a porta de entrada na APS, introdução da territorialização e apontava, também, a necessidade de articulação entre a saúde pública e a atenção individual (MENDES, 2009; KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

No contexto europeu, a Carta de Liubliana, adotada pela União Europeia, em 1996, foi criada para orientar a sua reforma da saúde e a mesma afirmava que os sistemas de saúde devem ser: orientados por valores como dignidade, equidade, solidariedade e ética profissional; focados na saúde; centrados na população; ofertados com qualidade; baseados em um financiamento sólido; e orientados pela APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

A partir dos anos 90, frente à crise da saúde nos países desenvolvidos e com a necessidade cada vez mais visível de superação dos modelos de assistência fragmentados e na busca de um modelo centrado nas necessidades de saúde da população, vários países propuseram e implantaram sistemas de saúde pautados em redes de atenção à saúde, baseados no Relatório de Dawson, mas adaptados às realidades locais.

Assim, emergiram os Sistemas Organizados de Serviços de Saúde, nos Estados Unidos; os Sistemas Integrados de Saúde, no Canadá; Sistemas Clinicamente Integrados, no

Reino Unido; e Organizações Sanitárias Integradas, na Espanha (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Não importa qual denominação se dá ao sistema de saúde, o importante é que ele seja centrado na APS e pautado em valores, princípios e elementos centrais, como ilustrado na figura 1.

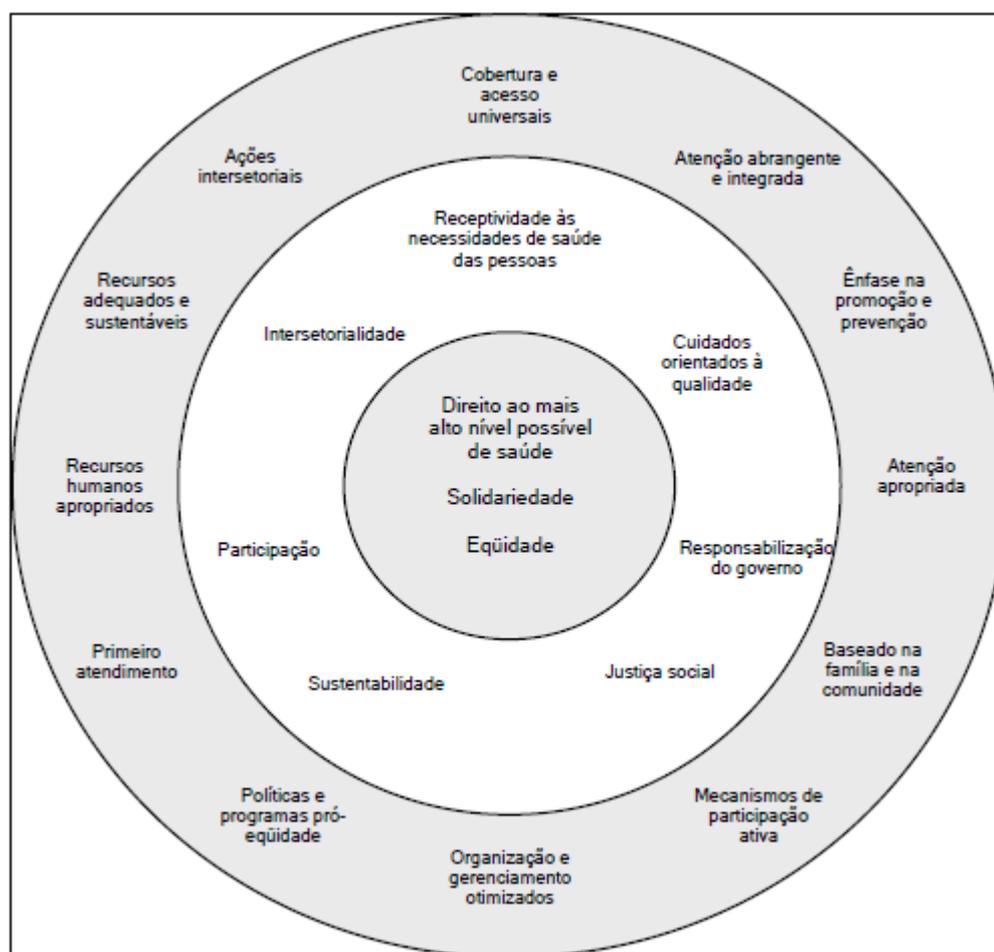


FIGURA 1: Valores, princípios e elementos centrais em um Sistema de Saúde com base na APS.  
 FONTE: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005, p.8.

Os valores são fundamentais para estabelecer as prioridades nacionais, bem como avaliar se as políticas estão atendendo às necessidades da população, sendo uma âncora moral para as políticas e programas. O direito ao mais alto nível possível de saúde implica na responsabilização dos governos e outros atores em ofertar os serviços de saúde para a obtenção desse direito inerente a cada cidadão, de acordo com a política de muitos países, dentre eles o Brasil. A equidade é um dos fundamentos dos valores sociais, sendo traduzida pelo favorecimento aos menos favorecidos, ampliando a oferta de serviços de saúde a quem mais precisa. A solidariedade é o terceiro valor a ser incorporado aos sistemas de saúde baseados na APS. A solidariedade pode ser definida como a união de pessoas da sociedade

para definir e alcançar um bem comum, buscando a superação de problemas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Os princípios de um sistema de saúde orientado pela APS fornecem a base para as políticas de saúde, legislações, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e operação do sistema de saúde. Eles servem como um elo entre valores e elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde. A receptividade às necessidades de saúde das pessoas refere-se à atenção necessária prestada à população, centrada nas pessoas e baseada em suas necessidades. Os serviços orientados pela qualidade são pautados no respeito e dignidade com que são tratadas as pessoas, além de estar intimamente relacionado à oferta de um melhor tratamento possível para os problemas de saúde da população. A responsabilização governamental relaciona-se à garantia e cumprimento dos direitos dos cidadãos, a uma saúde para todos e de qualidade. A justiça social refere-se à garantia de desenvolvimento e a uma avaliação das ações de saúde, observando que estas garantam o bem-estar a todos os cidadãos. A sustentabilidade está ligada à oferta de serviços aos cidadãos do presente, mas pensando nessa oferta aos cidadãos que ainda estão por vir, pensar uma saúde para as próximas gerações. A participação insere a população no sistema de saúde, tornando-a parceira ativa da construção da saúde da comunidade, na definição de prioridades e na tomada de decisão. A intersetorialidade está ligada à atuação de diversos setores em conjunto, pois só assim é possível impactar nos determinantes sociais da saúde e garantir a equidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Os elementos são divididos em estruturais e funcionais, sendo interconectados e presentes em todos os níveis do sistema. A cobertura e acesso universais são a base de um sistema de saúde equitativo e referem-se à quebra das barreiras de acesso, principalmente as relacionadas ao financiamento do sistema. O acesso implica a quebra de todas as barreiras ao cuidado, como geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero. A atenção abrangente e integrada está intimamente ligada ao atendimento das necessidades da população, requerendo uma variedade de serviços disponíveis e coordenação entre todos os níveis dos serviços de saúde. A ênfase sobre a prevenção e promoção tem efetividade de custos, empodera os usuários de sua saúde e é essencial para impactar nos determinantes sociais da saúde. A atenção apropriada está ligada à superação do pensamento profissional de curar órgãos e doenças, passando a ver a pessoa integralmente, analisando a saúde física como um todo e o contexto de vida desse usuário. O sistema de saúde baseado na família e na comunidade analisa todo o contexto de vida do indivíduo, pois pode ter impacto direto na sua

saúde. Além disso, a observação da família e comunidade pode gerar informações para avaliar riscos e priorizar intervenções (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera as redes de atenção à saúde como um conjunto abrangente de ações de saúde de caráter preventivo e curativo, integração entre os serviços, continuidade da atenção, integração vertical dos níveis de atenção à saúde, formação de vínculo entre a política de saúde e a gestão adotada, e trabalho intersetorial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2011, p.17) a rede de atenção à saúde é definida como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.” Organizar os serviços de saúde em redes de atenção pressupõe a superação de sistemas desconectados e fragmentados que não se comunicam, buscando que o indivíduo seja visto integralmente, superando a óptica médico-centrada e curativista de atenção à doença e não à saúde.

No Brasil alguns estudiosos têm se dedicado ao estudo das redes de atenção à saúde, adaptadas à realidade brasileira. Mendes (2009, p. 140,141) propõe que

Podem-se definir as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculada entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.

A forma de organização da rede define a singularidade do processo de descentralização, procurando ser efetiva, eficiente e de qualidade e para isso embasa-se na economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2009).

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população, razão de ser das redes de atenção, é delimitada em territórios sanitários, deve ser segmentada por fatores de risco e estratificada por riscos segundo as suas condições de saúde. Além disso, é organizada socialmente em famílias e registrada em subpopulações por risco sanitário (MENDES, 2009).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco elementos, constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que ligam esses diferentes nós, são eles: o centro de comunicação, que se situa na APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária); os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de informação e sistemas de teleassistência); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2009; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

O modelo de atenção à saúde é um sistema que organiza o funcionamento dos serviços que compõem a rede, definindo os focos das intervenções do sistema e sanitárias, articulando a relação entre população e subpopulações estratificadas por risco, e com base na visão dos usuários da saúde, nos determinantes de saúde e em suas características demográficas e epidemiológicas, vigentes em determinado período e sociedade (MENDES, 2009).

Mendes (2009) propõe que as redes sejam representadas de forma circular, pois o formato piramidal e hierárquico gera a impressão errônea de que a APS é composta por serviços simples e muitas vezes associados à baixa qualidade. O modelo de representação circular coloca a APS no centro do modelo, como centro de comunicação do sistema, de acordo com o que propõem as redes de atenção à saúde (FIGURA 2).

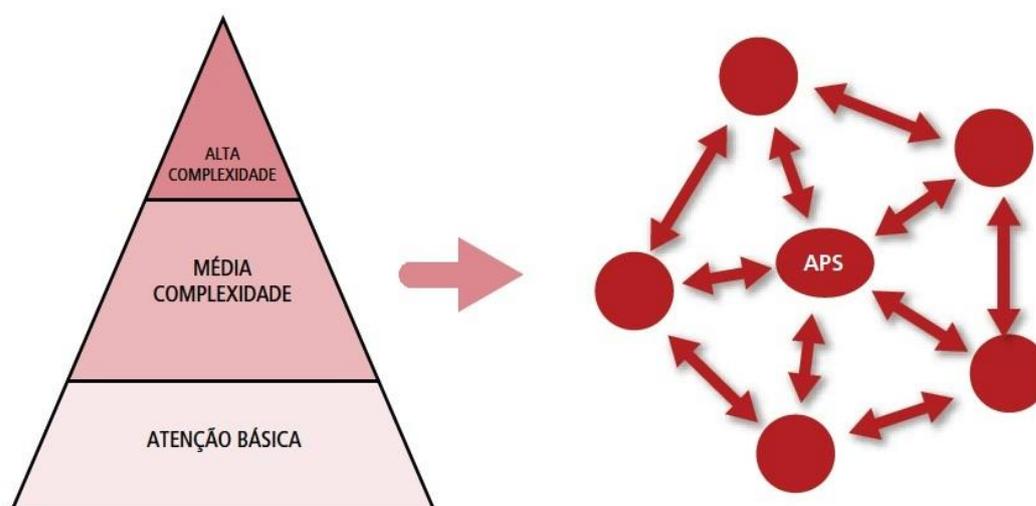


FIGURA 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.  
FONTE: MENDES, 2009.

A APS tem ganhado destaque nos dias atuais por ser o eixo ordenador da rede, a forma correta para superar o sistema fragmentado e frente às experiências exitosas que mostram uma

importante e significativa relação de que uma APS forte e bem implantada tem impacto direto na melhoria dos níveis de saúde da sua população.

A APS foi mencionada pela primeira vez no Relatório de Dawson, em 1920, que trazia a expressão Centros de Saúde Primários, como centro do processo de regionalização da saúde do Reino Unido, onde se concentram a oferta de serviços médicos, a nível de prevenção e cura (DAWSON, 1964; STARFIELD, 2002; MENDES, 2009).

Em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS, lançou o movimento “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, que tinha como meta que os governos participantes pudessem ofertar aos seus cidadãos um nível de saúde adequado, permitindo-lhes levar uma vida social e produtiva no cenário econômico (STARFIELD, 2002). Posteriormente, em 1978, foi organizada pela OMS, em Alma-Ata, no Cazaquistão, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, que resultou na Declaração de Alma-Ata, documento que reafirma a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social. A declaração coloca como objeto de preocupação a desigualdade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento; o direito e dever de todos os cidadãos de participar individual e coletivamente no planejamento de ações de saúde; afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde da sua população; reafirma a importância dos cuidados de saúde primários e enfatiza a meta de atingir um nível de saúde aceitável no mundo até o ano de 2000, dentre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Com base nestas resoluções, consta na Declaração de Alma-Ata a definição da APS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.3-4).

Em 1986, aconteceu em Ottawa, no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que trouxe em seu conteúdo orientações para se atingir a meta proposta pela Declaração de Alma-Ata: “*Saúde para todos no ano 2000*” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1986).

A APS é a base para o novo modelo assistencial centrado no usuário, seja no SUS no Brasil ou internacionalmente em outros modelos de saúde. É o primeiro nível assistencial de

saúde, eixo ordenador da rede de atenção à saúde e objetiva o atendimento da sua clientela adscrita com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Além disso, tem como características o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a integração da atenção (STARFIELD, 2002).

A atenção ao primeiro contato se constitui da acessibilidade e do uso do serviço de saúde a cada novo problema de saúde, o que caracteriza a APS como a porta de entrada preferencial do SUS.

A longitudinalidade é representada pela formação do vínculo e implica em uma forma regular de atenção, usufruída pela população ao longo do tempo. A integralidade, princípio do SUS, refere-se ao atendimento de todas as necessidades de saúde da população adscrita, mesmo que este serviço não seja oferecido pela unidade, devendo os seus profissionais referenciar o paciente para um serviço em que ele possa receber o atendimento. Por fim, a integração da atenção prima pela continuidade, não se constituindo a atenção prestada como algo fragmentado (STARFIELD, 2002).

Apesar de tamanha importância na composição e ordenamento das redes de atenção à saúde, o processo de construção de uma APS eficaz é dotado de diversas barreiras a serem superados e também de fatores facilitadores, ambos sistematizados no quadro abaixo:

<b>ÁREA</b>	<b>BARREIRAS</b>	<b>FATORES FACILITADORES</b>
<b>Visão/ Abordagem à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão Fragmentada da saúde e conceitos de desenvolvimento;</li> <li>• Indiferença quanto aos determinantes da saúde;</li> <li>• Falta de abordagem preventiva e de autocuidados;</li> <li>• Enfoque excessivo na atenção curativa e especializada;</li> <li>• Operacionalização insuficiente dos conceitos de APS;</li> <li>• Diferentes interpretações de APS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem integrada à saúde e seus determinantes;</li> <li>• Promoção da saúde da comunidade;</li> <li>• Promoção da autorresponsabilidade individual, familiar e comunitária;</li> <li>• Necessidade de esclarecer os papéis da saúde pública, APS, promoção da saúde e desenvolvimento humano.</li> </ul>
<b>Sistemas de saúde segmentados e fragmentados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformas de saúde que segmentaram e dividiram as pessoas;</li> <li>• Divisão entre o setor público, privado e de seguridade social;</li> <li>• Falta de coordenação e sistemas de referência;</li> <li>• Capacidade regulatória deficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura universal como parte da inclusão social;</li> <li>• Serviços baseados nas necessidades da população;</li> <li>• Funções de coordenação em todos os níveis;</li> <li>• Cuidados baseados em evidências e qualidade.</li> </ul>
<b>Liderança e Gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comprometimento político;</li> <li>• Centralização excessiva de planejamento e gestão;</li> <li>• Liderança frágil e falta de credibilidade ante os cidadãos;</li> <li>• Mobilização de interesses opostos à APS;</li> <li>• Participação limitada da comunidade e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliações regulares do desempenho;</li> <li>• Processos de reforma participativa;</li> <li>• Identificação correta de prioridades setoriais;</li> <li>• Plataforma neutra para chegar ao consenso;</li> <li>• Integração da cooperação local e</li> </ul>

	exclusão de outros grupos de interesse.	global; • Sistemas de referência funcionais e rápidos.
<b>Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de emprego inadequadas;</li> <li>• Competências pouco desenvolvidas;</li> <li>• Interesse limitado em pesquisa e desenvolvimento operacional;</li> <li>• Pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação;</li> <li>• Cultura de abordagens curativas e biomédicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ênfase na qualidade e melhora contínua;</li> <li>• Educação profissional contínua;</li> <li>• Desenvolvimento de equipes multidisciplinares;</li> <li>• Promoção da pesquisa;</li> <li>• Desenvolvimento de capacidades de gestão.</li> </ul>
<b>Condições de financiamento e macroeconômicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de sustentabilidade financeira e política para a APS;</li> <li>• Gastos públicos concentrados em especialistas, hospitais e alta tecnologia;</li> <li>• Orçamentos inadequados dedicados à APS;</li> <li>• Pressões pela globalização e instabilidade econômica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas para garantir o financiamento adequado com o tempo;</li> <li>• Sistemas para a utilização equitativa e eficiente de recursos;</li> <li>• Sistemas de informação de saúde e gestão fortalecidos e integrados;</li> <li>• Políticas macroeconômicas mais sólidas, favorecendo os pobres.</li> </ul>
<b>Estratégias de cooperação internacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias e prioridades específicas de doenças;</li> <li>• Valores da sociedade não considerados em iniciativas de reformas;</li> <li>• Alvos limitados e muito vinculados a tempo, que não refletem as necessidades;</li> <li>• Pouca continuidade das políticas de saúde;</li> <li>• Abordagens exclusivamente verticais e centralizadas;</li> <li>• Ausência de estrutura jurídica para implementar políticas voltadas à qualidade;</li> <li>• Custos transferidos a cidadãos, com consulta limitada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A APS reflete os valores sociais e as necessidades da população;</li> <li>• APS como elemento central das políticas nacionais de saúde;</li> <li>• As reformas fortalecem o papel dirigente do estado;</li> <li>• Estruturas políticas e legais para as reformas da saúde;</li> <li>• Políticas progressivas de descentralização;</li> <li>• As reformas de saúde fortalecem, em vez de enfraquecer os sistemas de saúde.</li> </ul>

QUADRO 1: Fatores facilitadores e barreiras à implementação eficaz da APS.

FONTE: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

A APS tem diversas barreiras a serem vencidas para que este nível de atenção seja executado plenamente e com resolutividade, como mostrado no quadro 1. Relacionado à visão e abordagem, deve-se superar a atenção fragmentada e com enfoque excessivo da atenção curativista e especializada. Essas antigas práticas devem dar espaço a uma abordagem preventiva e com enfoque no autocuidado, sempre se levando em conta a relevância dos determinantes sociais da saúde.

Os sistemas de saúde devem superar a sua fragmentação e segmentação, e oferecer uma cobertura universal, baseada nas necessidades da população e em evidências, buscando a qualidade dos cuidados.

Quanto à liderança e gestão se faz necessária a descentralização da gestão, levando essa para o mais próximo da população. É importante que sejam implantadas avaliações regulares de desempenho, além de se fazer uma reforma participativa, uma construção

coletiva. Deve-se estar atento às prioridades setoriais e na implantação de um sistema de referência funcional.

São dificuldades a serem superadas, relacionadas aos recursos humanos, as condições do emprego inadequadas, as competências pouco desenvolvidas e o interesse limitado em pesquisa, além das práticas centradas no modelo biomédico e curativista. Para que a APS seja resolutiva é preciso que o financiamento seja adequado, com sistemas eficientes de recurso e sistemas de informação em saúde fortalecidos e integrados. A APS deve ser embasada em valores sociais e nas necessidades da população, pautada nos seus elementos centrais e em políticas progressivas de descentralização.

No Brasil, em março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Essa foi impulsionada e deu continuidade ao movimento da Reforma Sanitária e nessa conferência foram debatidos temas que constituíram uma base importante para a criação do SUS. Entre os temas destaca-se a saúde como direito de todos, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. Posteriormente, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, contemplando as decisões da 8ª CNS na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde, leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

Como estratégia de atenção adotada para a APS, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria MS nº. 692, de dezembro de 1993, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de fortalecer as ações de caráter preventivo, com condições de absorver a demanda reprimida desse nível de atenção, porém com baixa capacidade para garantir a continuidade do cuidado (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A ESF é uma estratégia que envolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário e sua família, contemplando todos os ciclos de vida, de forma integral e contínua a partir de uma abordagem multiprofissional. Essa objetiva a reorganização da assistência, substituindo o modelo de atenção curativa e hospitalocêntrica vigente no modelo tradicional de atenção. Além disso, busca uma abordagem coletiva centrada na família e comunidade, que vai além dos muros da UBS (BRASIL, 2001; LUMER, 2007; SANTANA, 2008).

A operacionalização da ESF deve se adequar às necessidades e realidades de cada lugar, não perdendo o foco de seus princípios fundamentais. Esses são o caráter substitutivo do modelo tradicional de atenção, a integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela, e abordagem multiprofissional (BRASIL, 2001; SANTANA, 2008).

Em 2009, o Brasil contava com 30.328 equipes de Saúde da Família, 5.251 municípios cobertos pela estratégia e 50,7% da população coberta, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de usuários (BRASIL, 2009a).

Muito do que se constitui a atenção primária de hoje parte dos princípios discutidos na 30ª Assembleia Mundial de Saúde e da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde. A meta era atingir saúde para todos no ano 2000, mas muito ainda tem que ser feito. Seja no cenário nacional ou internacional a APS ainda não tem a prioridade que demanda.

#### **4.2. As urgências da Atenção Primária à Saúde: o acolhimento à demanda espontânea**

A APS é o locus de atenção mais próximo ao usuário do serviço de saúde e, portanto, deve ofertar uma atenção resolutiva às suas necessidades de saúde. O acesso à UBS pode ocorrer de duas formas, por demanda programada ou espontânea. A demanda programada consiste nos agendamentos realizados na unidade de saúde, geralmente a partir de um diagnóstico epidemiológico da população, referentes à atenção contínua dispensada aos usuários no âmbito da ESF. Já a demanda espontânea refere-se à procura de usuários pela UBS na busca de uma atenção à sua necessidade de saúde, sem agendamento prévio.

É fundamental que o acolhimento da demanda programada e espontânea seja articulado, para que a demanda espontânea seja aproveitada na identificação de situações de risco à saúde, aplicação de protocolos clínicos de diagnóstico, favorecendo a vinculação do usuário e uma procura posterior deste à unidade (SANTANA, 2008). Por ser a demanda espontânea relacionada ao foco deste estudo, discorreremos mais sobre esta ao longo deste texto.

A atenção dispensada ao usuário com uma demanda espontânea deve ser pautada no acolhimento e na escuta qualificada, garantindo assim um atendimento humanizado e resolutivo, sempre tendo como parâmetro as diretrizes das políticas nacionais. Esse atendimento da APS se diferencia da atenção prestada em unidades de pronto atendimento, por ter uma abordagem multiprofissional, trabalhar em equipe, ter conhecimento prévio da população, registros no prontuário, pela continuidade da assistência e estabelecer vínculo usuário-equipe (BRASIL, 2010b).

A forma de organização da demanda e o acolhimento às urgências poderão ser diferentes de uma unidade básica para outra, pois não há uma única forma de organização do serviço. É necessário que em todas as situações sejam avaliados os riscos e a queixa do usuário, descartando a possibilidade de uma situação de urgência ou emergência deixar de ser atendida ou encaminhada desnecessariamente a um serviço de referência. Essa forma de avaliação deve levar em consideração tanto o risco biológico como o grau de sofrimento do usuário para se definir a prioridade de atendimento e para a tomada de decisão da equipe. (BRASIL, 2010b, p.20).

Ao ofertar um atendimento ao usuário com uma demanda espontânea é importante que sejam avaliados os riscos a que este usuário está exposto e também a sua queixa, para que o indivíduo não tenha prejuízos à sua saúde à espera do atendimento. Na prática esses usuários que comparecem à UBS com uma demanda espontânea devem ser acolhidos e este acolhimento deve ser para todos os usuários que procuram à unidade, com uma postura de ouvir, acolher e dar respostas adequadas à pessoa (BRASIL, 2009b).

Os profissionais da APS devem, em seu rol de atividades, acolher ao usuário que acessa a unidade por demanda espontânea, porque esse usuário é o definidor das suas necessidades de saúde. Vários tipos de demandas podem e devem ser resolvidas na APS, além de ser um momento importante para a criação e o fortalecimento do vínculo profissional-usuário (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde apresenta em um de seus Cadernos da Atenção Básica um fluxograma genérico para orientar os profissionais da APS quanto ao fluxo dos usuários em UBS, de acordo com a sua necessidade (FIGURA 3).

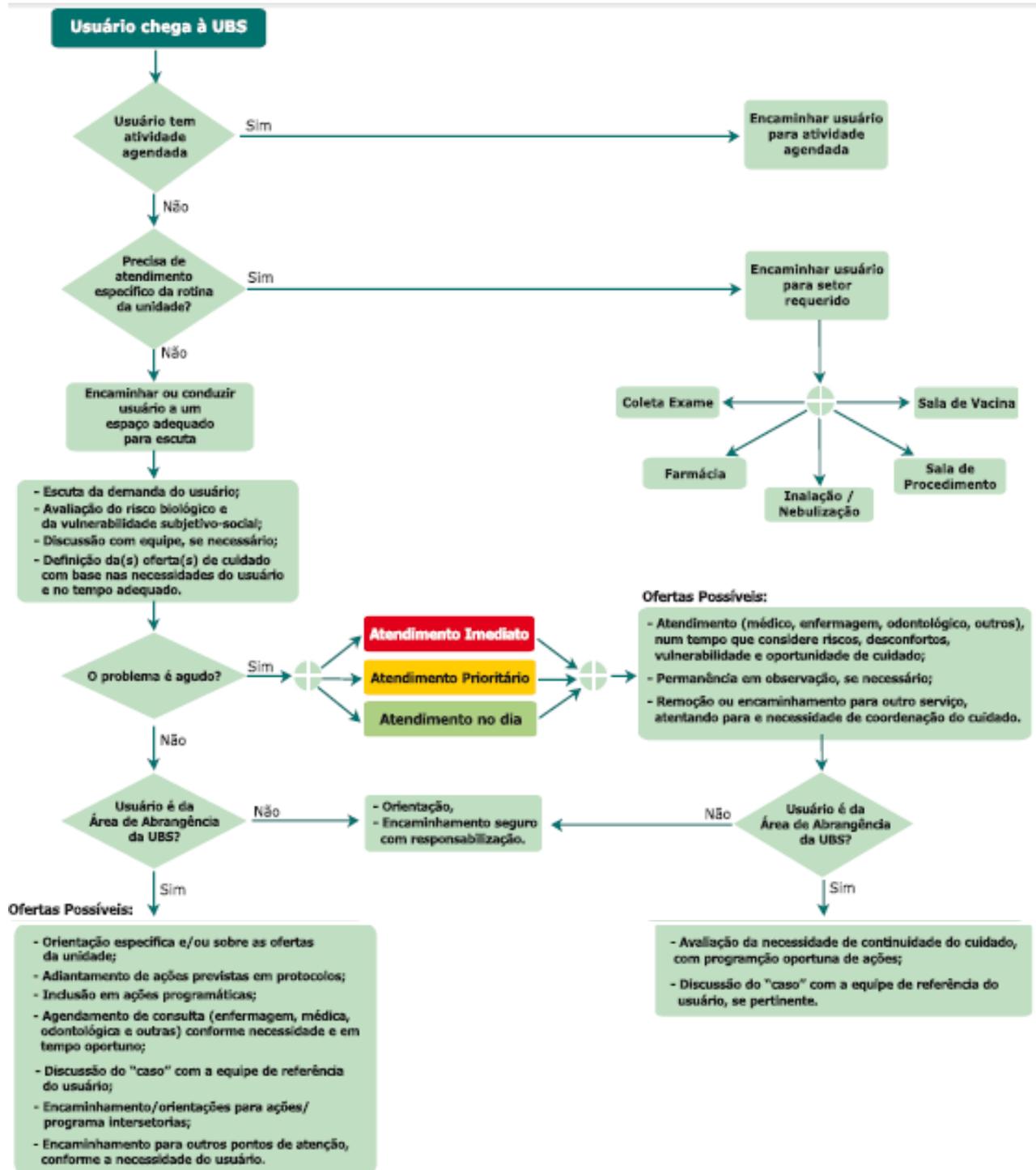


FIGURA 3 – Fluxograma genérico de atendimento à demanda em Unidade Básica de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2011, p. 28.

O fluxograma acima apresenta o passo a passo de acolhimento aos usuários que acessam a UBS. Nele está todo o percurso do indivíduo, começando com a entrada do usuário na UBS e a abordagem deste por um profissional da unidade para encaminhá-lo ao setor que possa atender à sua demanda. No fim do fluxograma são apresentadas as ofertas possíveis

para o usuário com um quadro agudo, apresentando um rol de ações que podem ser desempenhadas de acordo com a conduta do profissional.

Além disso, para que os profissionais da APS configurem o atendimento à demanda espontânea da melhor forma, atendendo às necessidades do usuário, o Ministério da Saúde apresenta no mesmo manual quatro formas de se organizar esse acolhimento nas UBS, são eles:

**1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário:** a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizem a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas: **a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.** A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

**2) Equipe de acolhimento do dia:** em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do **acolhimento do dia** fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do **acolhimento do dia**. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

**3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia):** em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas, a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o

acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

**4) Acolhimento coletivo:** no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta. (BRASIL, 2011, p.29-30).

São diversas as formas de acolhimento propostas devendo cada unidade se adequar à melhor forma de acolher. Deve-se levar em consideração nesta escolha a demanda por atendimento. Além disso, deve-se buscar a forma que não prejudique a demanda programada, pois se esta não estiver sendo bem executada, os usuários acessarão sempre a unidade com a agudização do seu caso crônico.

Por meio da demanda espontânea muitos usuários acessam a unidade para demandas eletivas, como para a renovação de receitas médicas. Porém, essa forma de acesso também abarca o atendimento aos usuários que buscam a unidade para a resolução de um caso agudo, uma urgência ou emergência. Portanto, é necessário que o atendimento à demanda espontânea seja otimizado, ficando os profissionais da APS com a função de escolher a melhor forma e adequá-la às necessidades da comunidade.

Além disso, o tênue limite entre os conceitos de casos agudos, urgências e emergências torna difícil as suas conceituações para profissionais da saúde que não lidam diariamente com a urgência. Isso faz com que tais conceitos sejam definidos de formas diferentes por profissionais, conforme o nível de atenção da rede em que estão inseridos. Essas diferenças conceituais dificultam o trabalho em rede e fracionam a assistência prestada ao paciente.

Situação clínica aguda é uma demanda complexa e com um grande número de possibilidades diagnósticas (MAGALHÃES JÚNIOR, 1998). Dessa forma, os diversos níveis de atenção da rede de serviços de saúde devem estar articulados e preparados para oferecer

atendimento ao cliente de acordo com o nível de gravidade do caso. Segundo Mendes (2009, p.337) o modelo de atenção às condições agudas tem por objetivo:

Identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado.

As condições agudas se caracterizam pela condição temporal limitada, manifestação repentina, causa geralmente simples, com intervenções geralmente efetivas que levam à cura. Em um caso crônico agudizado o seu tratamento de forma descontínua acarretará em recidivas da agudização do caso (SOUZA, 2009).

Usuários com casos agudos ou que têm seu problema de saúde agudizado frequentemente procuram as unidades de saúde na perspectiva de uma resposta eficaz. Algumas condições são mais frequentes na atenção primária e podem ser resolvidas neste âmbito de atenção. Neste sentido, para avaliar e monitorar a resolutividade e efetividade da APS, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008, que cria a lista de condições sensíveis à APS (BRASIL, 2008). Essa lista apresenta um conjunto de condições agudas que com a efetiva atuação da APS deixariam de serem causas de internações.

Uma APS de qualidade reduz hospitalizações por quadros agudos, bem como reduz readmissões e o tempo de espera nos hospitais por diversas doenças. Isso se torna possível com um atendimento de qualidade, porque as internações por condições sensíveis à atenção primária estão ligadas às deficiências na cobertura e baixa resolutividade (ALFRADIQUE et al, 2009; NEDEL et al, 2010).

Dentre os grupos de quadros agudos estabelecidos pela Portaria encontram-se doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e suas complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes melitus, 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 parto (BRASIL, 2008).

São diversas as formas de arranjos para tentar organizar o sistema e resolver o problema da grande demanda por serviços de saúde. Ações em rede, interligadas com a APS, buscando maior resolutividade da demanda espontânea poderia ajudar a desafogar as portas de urgência municipais, ficando o atendimento da clientela com quadros agudos sendo

realizado pelos profissionais das UBS. Compreender os limites tênues entre casos agudos, urgência e emergência exige conhecimentos necessários ao funcionamento adequado da rede de serviços, pois é importante que os profissionais que a compõem adotem condutas e uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o local para resposta ao usuário com um quadro agudo.

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. Esse estudo busca uma aproximação com a realidade social dos sujeitos da pesquisa, a fim de compreender os significados e percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o atendimento a usuários com casos agudos. Segundo Gil (2008, p.26), “realidade social é entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais.”

A abordagem qualitativa visa explicar os caminhos das relações sociais, que são consideradas o principal produto da atividade humana, podendo ser captadas no dia a dia, na vivência e na explicação do senso comum (MINAYO, 2004). A pesquisa qualitativa em saúde busca uma aproximação com a realidade por meio de significados. Na saúde, um campo extremamente complexo e que demanda variados conhecimentos, torna-se necessário abordar os fenômenos sociais de uma maneira mais intersubjetiva, aprofundando o entendimento de significados e percepções dos sujeitos (MINAYO, 2004).

A escolha da abordagem qualitativa se deve à sua adequação ao fenômeno, pois parte do pressuposto que a ação humana tem sempre um significado subjetivo que diz respeito ao que se passa na mente ou subconsciente das pessoas. Além disso, ela permite uma aproximação com a realidade, trabalhando com universos de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais (MINAYO, 2004).

O Estudo de Caso é um método de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa profundamente e sua complexidade está nos suportes teóricos que podem orientar o trabalho do pesquisador. Além disso, este estudo é marcado pela severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das ideias (TRIVIÑOS, 1994). É um método preferido quando as questões “como” e “por que” tem que ser respondidas, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos que ocorrem e quando o enfoque está em um fenômeno atual da vida cotidiana (YIN, 2010).

A escolha do estudo de caso ocorreu por permitir “[...] que os investigadores retenham características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos [...]” (YIN, 2010, p.24). Além disso, busca permitir o conhecimento amplo e

detalhado de um fenômeno da vida real, através do estudo exaustivo e profundo de um ou poucos objetos (GIL, 2008; YIN, 2010).

O estudo foi realizado em uma UBS do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte MG. A UBS foi selecionada com base em dados informados pela unidade e embasados em dados publicados (TURCI, 2008, p.254), sendo que consistiu como critério para essa escolha a grande demanda de casos agudos pela população atendida na UBS.

Segundo o Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do município de Belo Horizonte era de 2.375.151 pessoas e o Distrito Regional Norte possuía 213.208 habitantes (BRASIL, 2010). Essa regional possui 19 (dezenove) UBS's, uma UPA, uma Central de Esterilização, um Centro de Controle de Zoonoses, um Laboratório de Zoonoses, uma Farmácia Distrital, um Centro de Convivência, 8 (oito) Academias da Cidade, um Centro de Especialidades Médicas e o Hospital Maternidade Sofia Feldman, para o atendimento das necessidades de saúde da sua população (BELO HORIZONTE, 2010).

O Distrito Sanitário Norte (FIGURA 4) é composto por 45 bairros e vilas, ocupa uma área de 34,32 km<sup>2</sup> e faz limite com os municípios de Vespasiano e Santa Luzia e com o regional Nordeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2010).



FIGURA 4: Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte.

FONTE: BELO HORIZONTE. Distrito Sanitário Norte. Disponível em:

[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalnorte&tax=16422&lang=pt\\_BR&pg=5501&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalnorte&tax=16422&lang=pt_BR&pg=5501&taxp=0&), acessado em 29 de outubro de 2012.

De acordo com dados do cadastro social da unidade de 31 de janeiro de 2013, a UBS lócus deste estudo, assiste a uma população de 14.810 habitantes, possui quatro Equipes de Saúde da Família para atendimento da população adscrita, contando com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares/técnicos de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários da Saúde

(ACS), totalizando 72 profissionais, contabilizados todos os que trabalham na unidade, mesmo os que não foram alvo do estudo.

A unidade possui em sua estrutura física 9 (nove) consultórios médicos, uma farmácia, uma copa, uma sala da gerência, uma sala de estabilização/medicação, uma sala de reuniões (usada também como sala de espera), um consultório odontológico, um almoxarifado, um expurgo, uma sala de vacinação, uma sala de coleta, 3 (três) banheiros femininos, 3 (três) banheiros masculinos e um banheiro para deficientes físicos.

Os sujeitos da pesquisa foram 17 profissionais da UBS do Distrito Sanitário Norte, sendo a gerente, médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Como critério de inclusão no estudo definiu-se a concordância dos sujeitos em participar livremente da pesquisa, atuar diretamente no atendimento de pacientes com quadro agudo e a gerente, por ter uma visão geral da unidade. Dessa forma, foram excluídos do estudo ACS's, Agentes de Zoonoses, técnicos de higiene bucal, odontólogos, auxiliares de enfermagem não envolvidos no atendimento do usuário com caso agudo, porteiros, monitores do Programa Posso Ajudar e o guarda municipal.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não foi delimitado, *a priori*, o número de entrevistados. Essa delimitação ocorreu pelo critério de saturação, ou seja, quando nenhum dado novo foi acrescentado à pesquisa. Segundo Minayo (2004) e Triviños (1994), para se classificar uma amostra como significativa, deve-se estar atento não ao fator numérico, mas sim ao aprofundamento e abrangência do fenômeno em análise. O número de participantes deve ser delimitado durante o desenvolvimento do trabalho, diante da análise do pesquisador, quando julgar esclarecido o assunto.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2012 e consistiu em três etapas: 1) Contato com a gerente da unidade para apresentar o projeto de pesquisa e obter a autorização para a sua realização; 2) Contato prévio com os profissionais que compuseram a amostra do estudo e realização de observação assistemática no campo; 3) Realização das entrevistas com os sujeitos do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE II) com os profissionais de saúde envolvidos no atendimento/encaminhamento dos pacientes agudos e observação assistemática com registro em diário de campo anterior à realização das entrevistas (APÊNDICE III). Para tal foram feitos contatos, explicitação de que o pesquisador faria observação do atendimento de paciente com casos agudos, sem a intenção de avaliar a qualidade, mas os procedimentos adotados. Assim, a inserção do pesquisador na

UBS se deu de forma tranquila e a familiaridade com o ambiente e com os profissionais facilitou a observação.

A pesquisa com entrevista semiestruturada se caracteriza por questionamentos básicos relacionados ao tema do estudo, o que favorece a descrição e compreensão dos fenômenos em sua totalidade. Além disso, focaliza o assunto sobre o qual perpassam as perguntas principais e estas podem ser complementadas por outras perguntas conforme o surgimento da necessidade para atender aos objetivos da pesquisa (MANZINI, [200\_]).

Para Triviños (1994, p.146) a pesquisa com roteiro de entrevista semiestruturada:

Parte de certos questionamentos básicos, apoiados em hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para análise e interpretação das falas dos entrevistados, de forma a garantir a totalidade e a fidedignidade das informações.

A observação assistemática em campo é uma forma de coleta de dados em que se procura recolher e registrar informações sobre determinados aspectos da realidade, dos quais o indivíduo não tem consciência, mas que são determinantes na sua conduta (BONI; QUARESMA, 2005). Além disso, para esse tipo de observação não é necessário a utilização de técnicas especiais, como planejamento ou controle.

Segundo Gil (2008, p. 100) “a observação nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano.” Na observação o pesquisador permanecendo alheio ao grupo ou situação pesquisada, observa espontaneamente o que ali ocorre cotidianamente (GIL, 2008).

O diário de campo é um recurso utilizado para registro de dados informais, que não constam nas entrevistas e resultante de conversas, comportamentos, expressões, gestos e tudo aquilo que seja relevante ao estudo (MINAYO, 2004).

Foi realizada a observação por amostragem de tempo, conforme proposto por Triviños (1994). O foco das observações foi o processo de trabalho envolvido no atendimento aos usuários com quadros agudos, no período de junho, julho e agosto de 2012.

O número de observações foi definido no decorrer do trabalho de campo, correspondendo a um total de 119 horas e 30 minutos. Os períodos de observação tiveram duração mínima de 6 horas e máxima de 9 horas. Foi organizada uma escala dos dias para observação, sendo que realizamos a observação, geralmente, durante três dias em cada

semana, buscando sempre os dias mais movimentados, mas todos os dias que compõem a semana foram observados. A observação foi realizada em todos os ambientes da unidade, sendo que preferencialmente ela foi realizada na sala de observação e sala de espera.

As observações foram codificadas como OBS 1, OBS 2 e assim sucessivamente, por ordem cronológica, até OBS 17.

<b>CÓDIGO</b>	<b>DATA</b>	<b>DIA DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>TEMPO</b>
<b>OBS 01</b>	13/06/12	Quarta-feira	10-16 h	6 horas
<b>OBS 02</b>	15/06/12	Sexta-feira	09-16 h	7 horas
<b>OBS 03</b>	20/06/12	Quarta-feira	09-16 h	7 horas
<b>OBS 04</b>	25/06/12	Segunda-feira	09-18 h	9 horas
<b>OBS 05</b>	26/06/12	Terça-feira	08-15 h	7 horas
<b>OBS 06</b>	27/06/12	Quarta-feira	08-15 h	7 horas
<b>OBS 07</b>	03/07/12	Terça-feira	08-16 h	8 horas
<b>OBS 08</b>	04/07/12	Quarta-feira	08h30min-15 h	06h30min horas
<b>OBS 09</b>	05/07/12	Quinta-feira	09-15 h	6 horas
<b>OBS 10</b>	17/07/12	Terça-feira	08-16 h	8 horas
<b>OBS 11</b>	18/07/12	Quarta-feira	08-16 h	8 horas
<b>OBS 12</b>	19/07/12	Quinta-feira	09-15 h	6 horas
<b>OBS 13</b>	23/07/12	Segunda-feira	08-15 h	7 horas
<b>OBS 14</b>	24/07/12	Terça-feira	08h30min-17 h	08h30min horas
<b>OBS 15</b>	26/07/12	Quinta-feira	09-15 h	6 horas
<b>OBS 16</b>	31/07/12	Terça-feira	08h30min-15 h	06h30min horas
<b>OBS 17</b>	09/08/12	Quinta-feira	09-15 h	6 horas

TABELA 1- Distribuição da amostragem de tempo das observações.

FONTE: Diário de campo construído durante a pesquisa.

Os dados coletados por meio de entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009, p.44),

É um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo foi realizada a análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.” (MINAYO, 2004, p.209).

A análise dos dados foi dividida em três polos cronológicos, conforme proposto por Bardin (2009) para a realização da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise é o momento de organização e seleção do material a ser analisados, formulação de questões norteadoras, hipóteses e indicadores que embasem a interpretação final do estudo. O primeiro contato com os dados da pesquisa constitui a leitura flutuante e exaustiva do material e das anotações do diário de campo (BARDIN, 2009).

A fase de exploração do material é a mais longa e consiste na exploração dos dados brutos. É o momento de leitura exaustiva e repetida das entrevistas, codificação e organização dos dados de forma a permitir uma descrição das características do estudo. A codificação consiste em escolha da unidade de registro, seleção de regras de contagem e escolha de categorias. Inicialmente, realiza-se o recorte do texto em unidades de registro para facilitar a compreensão das falas dos sujeitos e sua reorganização em categorias empíricas (BARDIN, 2009).

A última fase da análise de conteúdo, tratamento dos dados, consiste em interpretar os dados obtidos, ou seja, é o momento de ligar o discurso e o contexto (BARDIN, 2009).

No processo de análise das entrevistas, as falas foram agrupadas por unidades temáticas em categorias e realizada a interlocução entre as falas dos entrevistados, a literatura sobre o tema, utilizando o material das observações, registradas no diário de campo para enriquecimento e complementação das informações das entrevistas.

Na realização desta pesquisa buscou-se atender aos princípios éticos e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Para tal, o projeto foi avaliado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENA/EEUFMG) e após a sua aprovação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG- Parecer nº 22905) (ANEXO A) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG (CEP/PBH- Parecer nº 20568) (ANEXO B), tendo a aprovação dos dois comitês.

A participação dos sujeitos neste estudo foi de forma voluntária, sendo os mesmos informados que não haveria compensação financeira e nem prejuízos para o entrevistado por participar do estudo. Foi garantido o anonimato dos entrevistados e a utilização das informações somente para fins científicos. Participaram da pesquisa somente os que, depois de esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE I) e concordaram com a gravação das entrevistas que ficarão sob a guarda da orientadora por 05 (cinco) anos, sendo destruídas após esse período.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos resultados da pesquisa foram sistematizadas e apresentadas nas seguintes categorias: O que é caso agudo, urgência e emergência para os Profissionais de saúde da Atenção Primária? Organização do atendimento ao usuário com caso agudo; Fluxo do usuário com caso agudo na rede de serviços de saúde: a dinâmica dos encaminhamentos. Acrescenta-se que antes da descrição das categorias centrais procurou-se fazer a caracterização dos participantes do estudo como forma de explicitar quem está falando e de que lugares estão falando, buscando entender a visão dos participantes sobre o atendimento ao usuário com caso agudo na Atenção Primária à Saúde.

### 5.1. Caracterização dos participantes do estudo

A caracterização dos sujeitos da pesquisa contribui para um melhor entendimento da pesquisa, uma vez que as características sócio-demográficas e profissionais dos entrevistados são explicitadas, o que favorece a compreensão da visão de mundo dos sujeitos, haja vista que o discurso é uma construção sócio-histórica influenciada pelo contexto no qual o sujeito se insere.

Os dados sócio-demográficos mostram que 88,24% (15) dos profissionais são do sexo feminino e 47,06% (8) apresentam idade na faixa de 30 a 39 anos, sendo que o profissional mais novo da unidade tem 24 anos e o mais velho tem 56 anos. Quanto ao estado civil 47,06% (8) são casados, 47,06% (8) são solteiros e 5,88% (1) divorciado.

Em relação aos dados profissionais, 29,41% (5) dos sujeitos da pesquisa são médicos, 29,41% (5) são enfermeiros, 29,41% (5) são auxiliares de enfermagem e 11,77% (2) são técnicos de enfermagem. Quanto à função na unidade de saúde, 17,65% (3) atuam como médico generalista, 5,88% (1) atua como médico clínico de apoio, 5,88% (1) atua como gerente da unidade, 23,53% (4) atuam como enfermeiro, 41,18% (7) atuam como auxiliares de enfermagem, 5,88% (1) atua como técnica de enfermagem.

Em relação ao tempo de formado, a maior parte dos entrevistados tem de 0 a 5 anos de formado, perfazendo um total de 41,18% (7). Quanto ao tempo de serviço na unidade, a

grande maioria, 58,8% (10) dos sujeitos da pesquisa estão trabalhando na unidade há menos de 5 anos, como pode ser visto na tabela abaixo:

TABELA 2 – Informações do perfil sócio-demográfico dos entrevistados.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Função na Unidade</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de Formado</b>	<b>Tempo na Unidade</b>
Médica	Gerente da Unidade	53 anos	Casada	Feminino	28 anos	18 anos
Médico	Clínico de apoio	32 anos	Solteiro	Masculino	5 anos	1 ano e 3 meses
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	42 anos	Casada	Feminino	14 anos	9 anos
Enfermeira	Enfermeira	32 anos	Casada	Feminino	4 anos	2 anos
Enfermeira	Técnica de enfermagem	34 anos	Solteira	Feminino	2 anos	3 meses
Técnica de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	33 anos	Solteira	Feminino	8 anos	6 anos
Médico	Médico generalista	43 anos	Casado	Masculino	18 anos	5 anos e meio
Enfermeira	Enfermeira	30 anos	Casada	Feminino	5 anos	1 ano e meio
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	52 anos	Casada	Feminino	25 anos	3 anos e meio
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	56 anos	Divorciada	Feminino	31 anos	17 anos
Médica	Médico generalista	27 anos	Casada	Feminino	1 ano e meio	5 meses
Enfermeira	Enfermeira	40 anos	Solteira	Feminino	9 anos	7 anos
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	51 anos	Solteira	Feminino	25 anos	20 anos
Médica	Médico generalista	24 anos	Solteira	Feminino	06 meses	04 meses
Enfermeira	Enfermeira	33 anos	Solteira	Feminino	5 anos e meio	4 anos
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	38 anos	Solteira	Feminino	16 anos	12 anos
Técnica de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	34 anos	Casada	Feminino	7 anos	4 anos

FONTE: Construída para este estudo, com os dados do mesmo.

Entre os sujeitos da pesquisa que possuem curso superior, 17,65% (3) não possuem nenhuma especialização. Dos que possuem, as mais frequentes foram Especialização em Saúde da Família e Formação Pedagógica na Área da Saúde, perfazendo 11,76% cada especialização. Também foram citadas: Especialização em Patologia Clínica, Gerenciamento de Unidade de Saúde, Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Medicina Tradicional Chinesa.

A categoria 1 explora a percepção dos profissionais entrevistados sobre o que consideram usuário com caso agudo, atendimento de urgência ou de emergência. Essa percepção é essencial para a organização do trabalho na APS e fluxos e tem reflexos na dinâmica do atendimento aos usuários.

## 5.2. O que é usuário com caso agudo e atendimento de urgência ou emergência para os profissionais de saúde da Atenção Primária?

A área de urgência vem sendo o grande desafio do Sistema de Saúde e, esse desafio começa a ser percebido na própria concepção de profissionais e usuários quanto ao que vem a ser caso agudo, urgência e emergência, embora “caso agudo” faça parte do jargão profissional cotidiano nos serviços de saúde.

Na busca de compreender o que os profissionais de saúde da APS entendem como caso agudo, urgência e emergência uma definição dos termos foi solicitada aos profissionais. Primeiro solicitamos aos entrevistados que definissem caso agudo, tendo em vista que o termo tem sido amplamente utilizado para designar as pequenas urgências na APS e é como pequena urgência que buscamos a sua definição aqui, apesar de não descartarmos outras traduções realizadas por diferentes autores.

Segundo Turci (2008, p.259), os quadros agudos “são casos que não se configuram como urgência ou emergência, porém necessitam de avaliação imediata por profissional de saúde e atendimento médico nas próximas 24 a 48 horas”.

Pela análise dos depoimentos foi possível identificar dificuldades dos entrevistados em definirem o caso agudo, sendo que esses muitas vezes utilizam o exemplo como forma de expressarem sua definição. Deve-se lembrar, entretanto, que as patologias que se configuram por hora como pequena urgência ou caso agudo podem se tornar uma urgência ou uma emergência, se não avaliados e atendidos corretamente, conforme evidenciado nos depoimentos:

O caso agudo pra mim é aquele que pode esperar. Ele está ali, ele tá sentindo alguma coisa, mas ele dá pra ele esperar um pouquinho. (E3)

É que caso agudo é o caso que precisa do atendimento e o paciente pode esperar algum tempo, algumas horas pra alguém atender. (E9)

Casos agudos às vezes é um sintomas assim, que às vezes ta incomodando o paciente né, numa morbidade que ta tendo né, sintomática que ta incomodando naquele momento e começou recentemente (...). (E2)

Os entrevistados associam diversas vezes o caso agudo à presença de alguns sinais e sintomas como dor, cefaleia e febre, e a maior parte dos profissionais expressa uma indefinição cronológica para a realização desse atendimento, caracterizada pela subjetividade do relato.

Em dois depoimentos os entrevistados relataram que o caso agudo pode esperar um período curto de tempo, deixando margem para uma interpretação extremamente subjetiva de aferição de quanto tempo esse usuário poderia aguardar pelo atendimento. Evidenciam-se, dessa forma, como as ações profissionais podem ser influenciadas pela definição conceitual prévia dos profissionais acerca do caso agudo.

A respeito da definição de caso agudo, Novás e Zayas (2007) apresentam uma visão da definição de caso agudo com a denominação de caso não urgente. Para os autores, casos não urgentes são aqueles que podem esperar de 24 a 48 horas para serem tratados pelo seu médico da família e cujo tratamento inicial de emergência não produziu alterações significativas em sua evolução.

Muitos ao conceituarem o caso agudo levam em conta o tempo de espera para o atendimento médico, mas não relatam o acolhimento do usuário com um caso agudo ou a atenção que deve ser imediata por um profissional de saúde.

Alguns entrevistados relatam como um dificultador do atendimento a compreensão do usuário quanto ao que é um caso agudo e o tempo de espera.

O outro é o entendimento do usuário do que é o quadro agudo, que às vezes nós temos uma pressão excessiva pra atender um quadro que necessariamente, não necessitaria de ter essa pressão naquele dia, e de contra partida nós temos por parte da identificação uma minimização dum quadro que deveria ser atendido com mais agilidade, seja por parte do entendimento do próprio usuário do seu entendimento de adoecimento quanto na identificação dele dentro da unidade, né. (E1)

O atendimento adequado de um usuário com caso agudo, com uma demanda não urgente na visão dos profissionais ou até mesmo social, fará com que a imagem que esse usuário tenha da unidade e da resolutividade da mesma tenham ganhos positivos, possibilitando a criação e o fortalecimento de alianças entre profissional e usuário, refletindo em futuras procuras à unidade pelo mesmo, sua família e grupo social.

Com relação à diversidade entre os sujeitos dessa pesquisa de concepções sobre o caso agudo destaca-se a definição de uma entrevistada que associou o caso agudo à necessidade de realizar algum procedimento ou exame, como pode ser ilustrado na fala que se segue:

O agudo é aquele que precisa ser atendido no dia, agente pode ter variações do agudo, o agudo que precisa fazer exame até pro procedimento que ele vai fazer ou um raio X agora pra ver de tarde. (E1)

O relato mostra que a profissional desconhece a concepção de caso agudo, uma vez que a realização de tais exames ou procedimentos, quando não necessários para a resolução de um problema imediato são eletivos. Há falta de um padrão que dê segurança ao profissional que passa a trabalhar para responder à pressão de dirigentes ou da população, com pouca base

em critérios clínicos, estabelecidos em protocolos. E, ainda, a padronização excessiva nos serviços de saúde poderia levar à perda da atenção individual e a uma massificação maior no atendimento à clientela.

Em estudo sobre a demanda espontânea de uma UBS de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, foram categorizados como agudos os pacientes que necessitavam de atendimento no dia; não agudos os que poderiam ser agendados para outro dia; e urgentes os que deveriam ter atendimento prioritário. Na unidade mencionada, no período do estudo, constatou-se que 46% dos casos atendidos foram considerados agudos, 41% foram considerados não agudos e 13% urgentes (ESPERANÇA, CAVALCANTE e MARCOLINO, 2006).

Neste trabalho, acreditamos ser necessário pesquisar a percepção de urgência e emergência para os profissionais entrevistados, uma vez que a compreensão dos termos é frequentemente confundida com a de caso agudo, o que pode ser comprovado em alguns relatos ao longo deste estudo. São definições diferentes, mas que podem se sobrepor na compreensão dos profissionais, muitas vezes pela ausência de protocolos operacionais que os definam e que sistematizem o atendimento de um caso agudo, uma urgência ou uma emergência. Além disso, por muitos profissionais associarem o termo caso agudo à urgência e por esse último ser mais amplamente difundido, os entrevistados em grande parte das vezes se referem ao atendimento prestado na APS como urgência, sendo o termo caso agudo pouco evidente nos relatos.

Ao serem solicitados a conceituarem o que é uma urgência, os profissionais apresentaram nitidamente uma maior dificuldade, embora alguns tenham conseguido defini-la corretamente. Segundo a Resolução nº. 1451 do Conselho Federal de Medicina, de 10/03/1995, a urgência é a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.” Em consonância com a referida resolução, o depoimento de E12 reforça a necessidade de atendimento imediato em casos de urgência, independente do risco de vida apresentado:

A urgência é aquilo que tem que ser atendido agora, mas que não tem risco eminente de morrer. (E12)

O sujeito refere-se à necessidade de um atendimento rápido para o usuário com um caso urgente, visto que o mesmo pode se complicar e se tornar uma emergência. Essa é uma característica que deve sempre ser considerada no atendimento, ou seja, a instabilidade do paciente e a possibilidade de complicações que possam evoluir para sequelas ou óbito. Nas

urgências também pode haver risco potencial de vida quando ocorre demora no atendimento, porém não considerado pelo entrevistado na fala supracitada.

Torna-se importante ressaltar que a Classificação de Risco de Manchester, utilizada há alguns anos nos serviços de urgência do município, é um protocolo de triagem de pacientes, que determina a gravidade do paciente em uma estratificação de cinco categorias representadas por cores: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde), não urgente (azul). De acordo com cada prioridade é definido um tempo de espera máximo para receber o atendimento (PINTO JÚNIOR, 2011).

Essa classificação tem como objetivo estabelecer prioridade clínica para o atendimento de casos que necessitam de atendimento imediato, segundo o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento. Como consequência deste objetivo tem-se outro que é o de melhoria do atendimento (MELO, SILVA, 2011), que implica no atendimento adequado ao agravo, evitando complicações ou a morte do paciente.

A Classificação de Risco de Manchester, adotada para a triagem de pacientes nas UPA'S de Belo Horizonte e em algumas UBS'S, define o tempo para atendimento de casos muito urgentes, classificados como laranja, inferior a 10 minutos; e para casos urgentes, classificados como amarelo inferior a 60 minutos (PINTO JUNIOR, 2011).

Alguns profissionais definiram incorretamente o termo urgência, definindo-o em alguns casos como emergência e em outros como caso agudo.

Urgência dá um prazo até vinte e quatro horas pra resolver, encaminhar, orientar ou agendar uma consulta. (E9)

Neste caso, a definição incorreta do termo urgência pode levar a um diagnóstico equivocado com prejuízo da atenção disponibilizada ao usuário, pois ele pode não ter resposta correta em um tempo adequado, introduzindo um risco potencial à vida do usuário. A forma como é definida a urgência pode variar de profissional para profissional, mas os elementos essenciais que compõem a definição devem estar sempre presentes. Além disso, ao se definir a urgência subjetivamente e sem ponderar os seus elementos importantes, abre-se espaço para os conflitos entre profissionais de diferentes níveis, fruto desta divergência conceitual. Reflete, também, a formação/capacitação inadequada de alguns profissionais para avaliar o potencial de risco da situação do usuário.

Segundo Lumer (2007), os conceitos de urgência e emergência são frequentemente confundidos por profissionais de saúde dos diversos pontos da rede de saúde, porque são pouco abrangentes e funcionais, uma vez que há fatores subjetivos envolvidos nestes

conceitos, como a constatação médica da condição, referida na resolução do CFM, que define a conceituação do termo emergência.

Muitos conflitos relatados na literatura entre profissionais da APS e profissionais da UPA e do SAMU residem nessa dificuldade conceitual e nas diferentes rotinas dos serviços. Para o SAMU, a urgência e emergência são situações rotineiras e para os profissionais da APS tem outra configuração e que pode levar a uma exacerbação do caso, com um encaminhamento indevido (ROCHA, 2009).

Também foi ressaltada por uma entrevistada a questão da urgência sentida, que é a urgência subjetiva do usuário que procura a unidade de saúde.

(...) muitas vezes a urgência é do paciente né, então ele acha porque ta com febre, ta sentindo dor é mais urgente que aquele que ta lá quietinho, mas que ta com uma dor intensa, tá com a pressão elevadíssima entendeu, a prioridade é dele também né, pelo menos é isso pra mim. (E16)

Essa urgência apresenta características que são próprias do usuário, baseadas em suas vivências e devem ser levadas em conta para o atendimento, como uma resposta a uma questão que para ele é grave e gera medo. No entanto, a sobrecarga dos serviços, muitas vezes, leva os profissionais a manterem o foco na gravidade técnica, deixando em segundo plano a demanda do usuário. Não devemos dar a essas urgências um atendimento mais rápido que casos graves que incluem risco de vida, mas essas urgências devem receber atenção, principalmente na UBS como local não só de atendimento às urgências e emergências, mas também um espaço em que a comunidade deve encontrar apoio para resolver o seu problema e criar vínculos.

Dessa forma, o conceito de urgência se apresenta de forma diferente segundo o grupo que a sente ou percebe, sendo entendida como “uma ruptura de ordem do curso da vida” para usuários e familiares. (LE COUTOUR citado por BRASIL, 2006b, p.47).

Sobre a concepção de urgência para os usuários, Giglio-Jaquemot (2005) relata que os usuários procuram as unidades de pronto-atendimento porque a sua concepção de urgência é diferente da concepção de urgência dos profissionais de saúde, pois os usuários se baseiam nos sinais e nas suas representações de urgência para procurar atendimento.

Segundo Marques (2004), a escolha do usuário por um serviço de atendimento para a sua urgência se dará de acordo com a sua percepção do que é grave ou simples e essa autoavaliação de seu estado de saúde é o que lhe dá embasamento para a procura pelo serviço. Assim, é por meio da percepção de seus sinais e sintomas que o usuário vai julgar se a sua

necessidade de procurar por um serviço de saúde é urgente, e caso julgue que seja urgente esse usuário procurará pelo serviço de saúde que possa recuperar o seu estado (ABREU et al, 2012).

Ressaltamos a necessidade de se criar a consciência de que a UBS é um locus privilegiado para o atendimento de urgências menos complexas, ou seja, os casos agudos. Nesse sentido, alguns entrevistados têm a nítida percepção de que a urgência é algo que deve ser compartilhado pela APS, conforme explicitado por E10:

Agora a urgência, já é um paciente que a gente pode tentar, é reverter o caso na própria unidade, a gente só encaminha ele mesmo pra outra unidade se a gente ver que não tem jeito mesmo. Que ele corre risco de virar uma emergência, em vez de só urgência. (E10)

Esta concepção é essencial para que possamos desafogar as UPA'S e oferecer um atendimento resolutivo e com menor desgaste para o usuário e sua família. Pensar na APS, à luz da conformação organizacional do sistema em redes de serviços de saúde, é pensar em serviços que sejam complementares, completos e resolutivos, pois a APS é o nível de maior contato e vinculação da população. Essa concepção também está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, de atenção às urgências em todos os níveis, de acordo com sua complexidade e aparato tecnológico disponível (BRASIL, 2002).

A APS deve fornecer atenção resolutiva para casos de baixa densidade tecnológica; primeiro atendimento, capaz de estabilizar o paciente grave para o transporte; e ajudar a regular a porta de entrada de serviços de urgência/ emergência (LUMER, RODRIGUES, 2011).

Porém essa imagem de urgência como algo inerente à APS tem que ser trabalhada ainda dentro das próprias unidades com os seus profissionais, pois ainda encontramos relatos de que a urgência é algo da atenção secundária e a APS só deve se ocupar com a prevenção de doenças e promoção da saúde. Os depoimentos abaixo expressam tal concepção:

(...) o que dá mais são que as pessoas em vez de ir procurar o lugar que ela deveria, ela vem pro posto, então, as urgências, é, é, que aparecem aqui, as que aparece são em menor quantidade. Eu vou te falar um caso assim, que aparecem aqui, é que hoje em dia o pessoal tá mais conscientizado dos seus direitos e também das policlínicas que pelo dia-a-dia a gente já vai explicando isso, eles vão pra policlínica. (E13)

Porque a gente não tem muito recurso aqui, né, então quando aparece um caso grave, a gente rapidim chama o SAMU, chama uma ambulância que vem, hoje mesmo teve um caso de um rapaz que veio, de manhã e parece que veio agora a tarde evacuando, evacuando não, vomitando muito sangue, chega aqui, a gente tira rapidinho, são poucos que vem, mas ainda vem, sabe, num era pra vim nenhum, mas ainda tem pessoas que vem pra que ainda acredita que aqui seja mais fácil conseguir atendimento, e de uma certa parte ainda é, pelo menos ele consegue entrar mais rápido em outro lugar. (E13)

O primeiro relato do profissional contradiz a proposta dos órgãos governamentais da saúde, contrapondo-se à proposta internacional de resolutividade de 85% dos problemas de saúde na APS (BRASIL, 2002 e 2006<sup>a</sup>). É preciso considerar que a APS muitas vezes tem infraestrutura e insumos insuficientes ou inadequados para prestar um atendimento contínuo, mas todos os profissionais devem estar aptos a estabilizar o paciente antes de ser transferido. O segundo relato reforça as dificuldades de acesso ao Sistema de Saúde, a dificuldade da APS em atender urgências com o “não era pra vir nenhum” e a chamada do SAMU. E, ainda, que o contato entre serviços da rede é mais fácil e quando este acesso do usuário se dá pela APS, o seu atendimento em uma unidade de atenção secundária ou terciária será mais rápido, que quando acessado pelo próprio usuário.

Neste sentido, segundo Rocha (2009, p.59),

O atendimento deve ser centrado na necessidade do usuário e direcionado para a resolutividade de seu problema seja em que nível for. O eixo principal é a construção de uma assistência articulada e de responsabilidades compartilhadas. O profissional da Atenção Básica, centralizando seu processo de trabalho na promoção da saúde, não reconhece como sua a responsabilidade do atendimento de pacientes com quadros agudos (...).

Como em todos os serviços de saúde o elemento central da APS é o usuário, esse deve ter na UBS um local de efetiva acolhida, alguém que ouça os seus problemas e busque resolvê-los. Isso contribui para a vinculação do usuário à unidade e faz com que ela se torne referência de resolutividade.

Quando solicitado aos sujeitos do estudo que conceituassem caso agudo, urgência e emergência, o termo melhor definido e que apresentou menor índice de erro, adotando-se a definição do CFM, foi emergência. Segundo a Resolução nº. 1451 do Conselho Federal de Medicina, de 10/03/1995, emergência é a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, atendimento médico imediato”.

Os profissionais têm uma maior facilidade em definir o que é uma emergência, possivelmente por ela apresentar o limite da necessidade de atendimento do usuário e por haver um consenso de sua definição na literatura e em órgãos normativos.

Eu acho que a emergência é imediata né, é um risco de vida eminente. (E1)

Eu creio que emergência é uma coisa que você tem que, é, agir rápido, que qualquer deslize pode ser fatal. Eu considero que emergência seria o vermelho, o rápido. (E15)

A análise dos depoimentos revela que os entrevistados têm consciência de que em uma emergência o atendimento deve ser imediato e ágil, além de considerar que nesse momento há um risco de vida eminente para o paciente. É um sinal de alerta para que entrem em ação imediatamente, seja prestando atendimento ou estabilizando e encaminhando para outra unidade de maior complexidade. A emergência constitui-se, assim como uma situação de ameaça à vida do usuário e requer medidas imediatas. Em casos de emergência, o primeiro atendimento é decisivo para a recuperação do usuário. Estudo realizado em um grande hospital de Fortaleza mostrou que 17% das mortes ocorridas no hospital poderiam ter sido evitadas caso o primeiro atendimento e o transporte do paciente tivessem ocorrido rapidamente e com qualidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2009).

Na segunda fala o entrevistado também associa a emergência à cor vermelha atribuída ao usuário pela Classificação de Risco do Protocolo de Manchester. De fato, o entrevistado fez uma associação correta ao que é estabelecido pelo protocolo.

Embora a maioria dos sujeitos da pesquisa tenha maior facilidade em conceituar emergência, entre as três situações, talvez por serem conceitos próximos, cujos limites são tênues em algumas situações, alguns profissionais têm dificuldades em separar os conceitos de urgência e emergência, colocando-os no mesmo nível. Esta dificuldade é explicitada nos depoimentos abaixo:

Urgência e emergência será um agravamento desse caso, tá iniciando um processo onde o paciente vai chegar um, pode até ter um risco de vida né (...). (E2)

A situação de urgência e emergência tem uma realidade diferente que tem que atender imediatamente, se for uma parada cardiorrespiratória, ou em até alguns minutos ou uma hora no máximo entendeu. Se for um quadro de dor, ou um quadro de vômito, né, ou uma hipertensão arterial descontrolada né. (E7)

A utilização da mesma definição para os dois termos é incorreta, pois reflete um só termo e não a gradação do risco ou gravidade que ambos implicam. A utilização dos dois termos juntos na literatura e nos serviços talvez possa explicar o equívoco conceitual, mas na realidade, emergência significa risco iminente que exige atendimento imediato e, urgência,

apesar de designar quadros graves, permite certa maleabilidade de tempo para o atendimento, podendo, no entanto, evoluir para uma emergência. Além disso, profissionais de saúde têm grande dificuldade em conceituar os termos e citam exemplos, o que pode levar ao não reconhecimento da situação e, conseqüentemente, há equívocos no atendimento. Porém, salvo algumas exceções como uma parada cardiorrespiratória que sempre será uma emergência, grande parte dos quadros apresentados pelo paciente pode ser caracterizada como caso agudo, urgência ou emergência, sendo o diferencial para essa definição a gravidade do quadro em que se encontra o paciente.

As dificuldades em se definir caso agudo, urgência e emergência são grandes, podendo ser evidenciadas de forma nítida nas dificuldades do conjunto de profissionais em definir tais termos. Porém, grande parte desta insegurança em defini-los parte da ausência de protocolos que os definam e que determinem a conduta a ser adotada nas diferentes situações. Enquanto não forem criados tais protocolos a base do julgamento do profissional que presta este primeiro atendimento ficará a cargo do mesmo, sendo influenciado por seu conhecimento prévio e sua vivência diária. Além disso, é necessário investir em capacitação dos profissionais da APS para o atendimento das urgências e emergências. Também é necessária a adoção de uma linguagem única destes termos que abarque a compreensão dos diversos profissionais de todos os níveis da rede de serviços de saúde.

### **5.3. A organização do atendimento ofertado ao usuário com um caso agudo**

A organização do atendimento ao usuário em sua procura à unidade, seja por demanda espontânea ou programada, deve ser uma das maiores preocupações de gestores e profissionais de saúde, pois a forma como se dá esse atendimento é essencial para que o mesmo aumente a vinculação do usuário à unidade e o atendimento seja resolutivo. A atitude do profissional na abordagem à demanda é de grande importância para o usuário. Muitas vezes em uma demanda espontânea social, uma escuta qualificada é um diferencial para a intervenção pautada na integralidade e coerente com o conceito ampliado de saúde.

A empatia entre profissional e usuário, quando ocorre, aumenta as chances da execução de um projeto terapêutico adequado e maior sucesso no tratamento. A vinculação do usuário é reforçada quando o profissional de saúde da unidade, mesmo que não possa atender

aquele usuário naquele momento, explica os motivos do não atendimento. Além disso, uma abordagem humanizada tende a ser valorizada pelo usuário (MORAES, BERTOLOZZI, HINO, 2011).

Ao se organizar o atendimento às demandas dos usuários da unidade, deve-se sempre estar atento a detalhes importantes que garantam a sua vinculação. A unidade, cenário desta pesquisa, apresenta uma destas características importantes que é a porta aberta da unidade para acolher o usuário com sua demanda, no período de funcionamento da UBS, conforme fala a seguir:

A gente ainda não tem uma definição mais clara, um protocolo aqui nessa unidade adequado, que dê conta, de dar essa resposta para ter uma maior garantia, né, apesar de que hoje eu, eu, verifico isso com a comunidade eu, eu posso afirmar que nós garantimos o atendimento de todo mundo que chega com queixa, que a gente identifica, nós não temos, nem sempre foi assim, nós não temos queixa na comunidade que a unidade deixa sem atendimento do quadro agudo, podemos ter outras queixas, essa queixa ela não ta parecendo mais então acho que ela é resolutiva né, mas igual nós não medimos né, mas a gente preocupa com a porta de entrada melhor qualificada né, então, acho que hoje todo mundo que chega é atendido. (E1)

O entrevistado percebe essa necessidade de ser um serviço porta aberta para o usuário e os benefícios que essa configuração do serviço trazem para a unidade, como o aumento da resolutividade. Também é necessário pensar na comunidade como reguladora do serviço de saúde. Ela deve dar aos profissionais e à gerência da unidade o feedback, uma avaliação do serviço ofertado, quanto ao atendimento das suas necessidades. Essa visão do entrevistado vai ao encontro do que prevê a literatura internacional. Segundo Starfield (2002), a APS é a responsável por oferecer a entrada do usuário nos serviços de saúde para a resolução de suas necessidades e problemas, sejam casos agudos ou pequenas emergências e é também responsável pelo acesso, qualidade e atenção preventiva, tratamento e reabilitação.

Segundo Marques (2004), o acesso universal consiste em acolher todas as pessoas que procuram à unidade de saúde, acolhendo a sua demanda, realizando uma escuta qualificada e apresentando uma resposta positiva ao seu problema.

Esse acesso do usuário à UBS varia de acordo com o seu julgamento de resolutividade da unidade e é influenciado por fatores como, “proximidade da moradia, agilidade e rapidez na marcação da primeira consulta e de reconsultas, destreza para a marcação de exames complementares, qualidade no atendimento médico e eficácia no atendimento geral do posto.” (MARQUES, 2004, p.19-20).

Na unidade em estudo o acesso do usuário ocorre por demanda espontânea e programada. Apesar de não haver um protocolo para esse atendimento, como informado pelo entrevistado, a UBS tem dois sistemas para receber os usuários com demanda espontânea: o acolhimento e a prancheta. Ambos são similares se diferenciando pelo fato dos usuários que entram pelo sistema denominado prancheta serem acolhidos a qualquer momento de seu ingresso na unidade, sendo atendidos somente a demanda espontânea aguda.

O acolhimento é uma denominação dada a uma estratégia de organização do atendimento na unidade, mas em todo momento que o usuário acesse a unidade, esse deve se sentir acolhido. Portanto, deve-se pensar também no acolhimento como prática de atenção, que favoreça a construção da relação de confiança e compromisso.

Matumoto (1998, p.25) apresenta 4 (quatro) pressupostos do acolhimento, sendo eles:

- O acolhimento constitui um processo que não se restringe ao espaço físico da recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade somente daquele que trabalha nesta recepção; diz respeito a toda situação de atendimento praticado pelos trabalhadores da saúde.
- O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia.
- A efetivação do acolhimento está relacionada à utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorrerem para a resolução dos problemas dos usuários.
- Há um estreito elo entre o acolhimento e a conformação de um dado modelo assistencial.

De acordo com os pressupostos apresentados por Matumoto (1988), o acolhimento deve ocorrer a todo o momento e por todos os profissionais da unidade, estabelecendo relação de aproximação, de maneira humanizada e buscando ser resolutivo da necessidade de saúde do usuário. De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e ‘perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém.” (BRASIL, 2009b, p.10-11).

O acolhimento não pressupõe hora, local ou profissional específico, mas há que se ter uma postura profissional ética, em que aquele que acolhe toma para si as responsabilidades de abrigar as demandas do usuário. Ele requer um atendimento responsável e resolutivo, com orientações para o usuário e sua família de continuidade do cuidado, quando necessário (BRASIL, 2009; MELO; SILVA, 2011).

Para o chamado “acolhimento” existem diversas abordagens e formas de fazê-lo, bem como algumas vezes ele se torna uma estratégia ou procedimento. Muitas vezes em vez de uma postura, ele designa uma estratégia de atenção. Porém, apesar de em muitos centros de saúde de Belo Horizonte o acolhimento ser considerado uma estratégia de atenção, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte não o vê como sinônimo de triagem para consulta médica. O acolhimento representa um espaço de escuta qualificada que possibilite reconhecer os riscos e vulnerabilidades do indivíduo, atuando efetivamente para atendê-lo em suas necessidades (TEIXEIRA; RATES e FERREIRA, 2012).

A observação do trabalho na UBS permitiu verificar que a estratégia denominada acolhimento ocorre diariamente na unidade, realizado por todas as equipes, por um período determinado e consiste em acolher às demandas espontâneas da unidade. Esse acolhimento pode se dar, por exemplo, para o atendimento de uma queixa aguda ou para uma renovação de receita médica, não sendo atendidos neste momento somente usuários com casos agudos e sim toda a demanda espontânea que surge na unidade neste momento. O usuário que comparece à unidade no horário do acolhimento é atendido. Primeiramente ele recebe uma senha do funcionário “posso ajudar” que depois insere seu nome e data de nascimento no caderno de acolhimento da equipe. Esse funcionário faz parte do Programa Posso Ajudar da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que incorpora alunos universitários de todas as áreas para receber a clientela nas unidades de saúde. O horário do acolhimento e a duração do mesmo variam de equipe para equipe, mas a inserção do nome no caderno do acolhimento ocorre durante uma hora, a primeira hora do acolhimento.

Bom, é, a gente tem o horário de acolhimento né, nesse horário de acolhimento a gente atende todos os tipos de demandas, mas a gente prioriza no acolhimento, atendimento do caso agudo, mas a porta da unidade é aberta qualquer, é, usuário dentro da micro área que aparecer na unidade a gente atende. (E8)

Conforme relatado pelo entrevistado o horário de acolhimento prevê o atendimento de todas as demandas sejam elas agudas ou eletivas. Cada equipe de saúde da família tem o seu horário de acolhimento, sendo a sua duração variável. Porém, para ser atendido no acolhimento conforme consta na observação, o usuário deve acessar a unidade durante a primeira hora do período de acolhimento. Para serem acolhidos durante essa estratégia todos aguardam na unidade, sendo o tempo de espera para o último atendimento delongado, pois todos devem chegar à unidade na primeira hora do acolhimento conforme consta em outros fragmentos de entrevista e na observação, sendo que tal espera pode influir negativamente na

vinculação do usuário. Na prática, alguns usuários permanecem na unidade por um período superior a 3 horas para a concretização da atenção.

No entanto, a demanda espontânea é somente parcialmente previsível pelo conhecimento da população adscrita, mas não há como estimar o agravamento de situações crônicas dos usuários ou situações emergenciais, enquanto os atendimentos eletivos têm um fluxo mais tranquilo para o funcionamento da unidade.

A incerteza em relação à urgência e à severidade de problemas recentes ou recorrentes torna a facilidade do acesso um aspecto importante para a atenção às pessoas. A atenção postergada pode afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema. Já a adequada acessibilidade ao ponto de entrada do usuário está associada à utilização reduzida dos serviços especializados (TEIXEIRA, RATES e FERREIRA, 2012a, p. 115).

Em um estudo realizado sobre acesso e acolhimento, os resultados mostraram que os problemas referentes ao acesso foram os mais citados pelos usuários, que relataram serem esses os principais dificultadores da assistência, sendo os problemas consoantes ao acesso funcional os mais citados. O acesso funcional refere-se aos tipos de serviço ofertados, os horários previstos e a qualidade da atenção. No acesso funcional, como dificultador, teve destaque o tempo de espera prolongado (LIMA et al, 2007; MARQUES, 2004).

A observação de campo da dinâmica do trabalho na unidade permitiu verificar que a unidade adota um formulário de Controle do Atendimento à demanda espontânea aguda separado por equipes, conhecido como “prancheta”. Ao dar entrada na UBS com uma demanda espontânea aguda, fora da primeira hora do acolhimento da sua equipe, quando são anotados os dados de quem passará no acolhimento, o usuário é registrado no formulário da “prancheta” e aguarda o atendimento da sua equipe. O formulário possui 4 (quatro) colunas, a serem preenchidas com nome, necessidade/demanda, horário de chegada, horário de atendimento e checagem profissional. Porém, parte dos dados como horários de atendimento não são introduzidos e alguns campos são usados para outros fins.

O atendimento denominado prancheta é similar ao acolhimento, porém se diferencia por ocorrer por todo o tempo de funcionamento da unidade, excluindo o período de uma hora em que os usuários são registrados no caderno de acolhimento; e por acolher somente queixas agudas, diferenciando-se do acolhimento em que todas as demandas são acolhidas. Em síntese, a prancheta é um nome de uso local para a UBS em estudo, que designa um tipo de triagem e atendimento realizado na unidade que é o de acolher a todos os usuários com demanda espontânea aguda que a acessam em busca de atendimento.

É, o paciente chega até a unidade, é recebido pela portaria, o porteiro identifica de qual microárea ele pertence, de qual equipe e aí esse paciente é colocado numa prancheta, é uma forma que a gente identifica quem tá aguardando, nessa prancheta consta o nome, data de nascimento, o horário de chegada, horário do atendimento e a assinatura, pra que isso, pra que a equipe quando for atender coloque lá o horário que tá chamando o paciente e quem tá chamando, porque se precisar intercorrer de alguma reclamação pra gente saber, ele chegou que horas e até que horas que ele tá esperando, é, quando o porteiro percebe que o paciente tá muito tempo lá esperando e ninguém da equipe foi até lá pra tá atendendo, ele notifica a equipe. (E4)

A prancheta funciona como uma agenda diária da demanda espontânea aguda. Poderia também ser útil para traçar um diagnóstico do atendimento dessa demanda aguda, porém a imprecisão dos dados e a falta de preenchimento de alguns campos fazem com que aquele instrumento seja tão somente destinado a um registro de nomes e não um instrumento que possibilite a melhoria continuada do serviço. Também é preciso que se acrescentem outras informações, separando os campos de horários dos atendimentos médicos e de enfermagem.

O período de observação possibilitou verificar a necessidade de inserção de campos de anotação diferenciados para os horários de atendimento médico e de enfermagem, como forma de melhorar a estruturação do trabalho e o fluxo de pacientes. Quando o usuário é atendido pelo médico e pela enfermagem tem uma espera diferente para os dois atendimentos. Além disso, em uma das equipes, este tempo é bem diferenciado pelo desencontro dos horários de chegada da enfermeira e do médico, o que mostra uma organização do serviço pouco adequada às necessidades do usuário.

Na unidade, os atendimentos de casos agudos de usuários acompanhados por uma determinada equipe, caso chegue à UBS após o horário de trabalho da equipe, são realizados por outra equipe da unidade, que é referência para esses momentos.

Caso a equipe já tenha terminado a sua jornada, outra equipe em parceria que faz a dobradinha com ela, atende esse usuário né, então a gente mantém uma opção, que isso foi estabelecido pelos trabalhadores pelas equipes né, é, que era a gente prevalecer, investir na vinculação do usuário à sua equipe. (E1)

Essa opção preestabelecida pelos profissionais da equipe, na atual configuração do atendimento da unidade, é necessária para que se possa ter garantida a porta aberta da unidade para o usuário em todo o seu período de funcionamento, que é de 07h às 19h. Apesar de estabelecido este sistema de dobradinha entre as equipes, o mesmo apresenta falhas, por algumas equipes serem muito fechadas, como ilustrado a seguir:

Mas, aí o que põe dificuldade, é, a dificuldade que a gente tem é a de a gente, porque o paciente, independente dele ser da equipe ele é o usuário da unidade, e tem diversas equipes que trabalha de um sistema muito fechado, então é complicado demais, a dificuldade maior que eu sinto é isso, quando eu to sem médico que ta na unidade pra atender esse paciente que ele não tem vínculo. (E9)

O acesso dos casos agudos na unidade é tranquilo quando se tem as equipes completas, porém mais demorado quando se tem que acessar o profissional da outra equipe. É importante que a unidade sempre esteja tentando corrigir essa demora, pois a mesma influi na vinculação do usuário à sua equipe e na qualidade do serviço prestado.

Por meio da observação de campo foi possível verificar que a unidade se readequou devido à grande demanda de casos agudos, focando a demanda espontânea, com pouco tempo para as ações da demanda programada. Mesmo com esta reordenação da unidade em prol do atendimento do caso agudo, quando alguma equipe não está completa, principalmente com falta de médico, há uma desestruturação e demora em atender o caso agudo que precisa do atendimento desse profissional. Cada equipe tem outra como referência para o atendimento na falta de algum profissional, porém, nem sempre acontece como se espera e quem padece com a demora é o usuário.

O usuário que chega à unidade tem o seu nome e data de nascimento solicitado pelo profissional do Programa “Posso Ajudar” e é listado no caderno de acolhimento ou na prancheta. O segundo contato é com a equipe de enfermagem. Essa realiza a primeira consulta do paciente e esse atendimento é realizado pela enfermeira ou pela auxiliar de enfermagem da equipe, que decidirão quanto à conduta a ser adotada e se o usuário receberá o atendimento médico.

Os casos agudos a gente acolhe as pessoas no acolhimento, quando não ta no horário do acolhimento da equipe a gente acolhe na prancheta, que é outro acolhimento, né, fora do horário, mas é outro acolhimento. Então a gente acolhe o dia inteiro, casos agudos. Se for no horário do acolhimento, ele chega e aí ele dá o nome dele no livro do acolhimento da equipe e aí a enfermeira avalia ou a auxiliar de enfermagem, e se o caso for de passar por uma consulta médica, aí no mesmo dia ele é passado no médico. Se for pra agendar uma consulta, a gente mesmo agenda. (E10)

O atendimento realizado pela enfermagem consiste em coletar as queixas e aferição dos sinais vitais. Este atendimento geralmente é rápido e tem como encaminhamentos possíveis: agendamento de uma consulta médica; atendimento médico no mesmo dia; prescrição de tratamentos protocolados, como o da asma; ou orientação para o enfrentamento do quadro e possível melhora. Quando a unidade se encontra sem médico e é necessário realizar o encaminhamento do usuário para outra unidade, este é realizado pelo profissional da

equipe de enfermagem. Porém, o auxiliar de enfermagem, embora suas atribuições contemplem a aferição de sinais vitais, ele não está habilitado a determinar uma conduta para o usuário, conforme prevê a legislação profissional.

Ao realizar a consulta de enfermagem, o auxiliar de enfermagem vai contra o que está estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), atendendo ao que estabelece a Lei nº 7498/86, que a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). O fato do auxiliar de enfermagem realizar consultas na unidade já é algo corriqueiro e que não gera nenhum espanto entre os profissionais. Porém, durante as entrevistas foi possível presenciar relatos de questões importantes sobre o respaldo ético e legal para esses profissionais que executam esta função e a preocupação de uma auxiliar de enfermagem:

A mudança que eu acho é que nossa função de auxiliar de enfermagem, não é fazer triagem completa, nossa função é aferir sinais vitais, é isso que eu acho um tanto, que a gente recebeu o treinamento de classificação de risco, cada um tem seu treinamento recebido na sua equipe, então é assim, o que que passa pro enfermeiro, o que passa pro médico, o que orienta, a gente recebeu internamente, cada um faz de um jeito, e aí nós não temos formação pra decidir, você vai receber consulta médica hoje, você não vai. A nossa avaliação é assim, superficial, avalia os sinais vitais e direciona, mas a gente num tem formação pra isso, a gente estudou pra aprender olhar os sinais vitais, então se acontece às vezes de, de divergências, de fazer direcionamento errado, entendeu? (E17)

A auxiliar de enfermagem tem a consciência de que ao executar tais ações, está indo contra a legislação profissional em relação ao estabelecido como ações de sua categoria profissional. Não há respaldo ético e legal para auxiliá-lo a fazer consulta de enfermagem, a responsabilidade é do enfermeiro da equipe. É uma preocupação evidente da entrevistada a falta de respaldo para legitimar estas ações e também a sua falta de competência técnica para oferecer orientações aos usuários e determinar a conduta.

Em um estudo realizado por Marques (2004), em uma Unidade de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde em Porto Alegre, a autora observou a falta de respaldo legal do auxiliar de enfermagem ao realizar a triagem de pacientes.

(...) as auxiliares de enfermagem, na pré-consulta, tomam decisões, muitas vezes, sem uma estrutura que as proteja. A decisão é tomada individualmente e de acordo com as relações que conseguem, sabem ou podem estabelecer. A definição do que “passa ou não passa” para atendimento, dependerá do que é definido como agudo (norma), do conhecimento dos profissionais (saberes), do bom senso (competência), do humor e das prioridades clínicas estabelecidas pelos trabalhadores do plantão (normas/regras informais). (MARQUES, 2004, p.102-3).

O auxiliar de enfermagem pode ter a sua atuação otimizada dentro do seu campo de ação e participar da consulta juntamente com o enfermeiro, realizando o que é da sua

competência e otimizando o trabalho do enfermeiro. O auxiliar de enfermagem no momento da consulta de enfermagem pode aferir os sinais vitais, fato que é realizado pelo enfermeiro nas consultas que realiza na unidade. Além disso, outro aspecto que consome o tempo do enfermeiro e pode ficar sob a responsabilidade do auxiliar é a separação dos prontuários. São várias as possibilidades de otimização em que o auxiliar de enfermagem pode ajudar, mas sempre dentro de sua competência profissional e respaldo legal. Esses aspectos observados mostram uma organização do trabalho inadequada, que pode resultar em graves riscos para pacientes e profissional. Neste caso, tanto o auxiliar de enfermagem quanto o enfermeiro ficam vulneráveis ao inverter suas funções e o paciente corre riscos de ter uma orientação ou outra conduta inadequada.

Outra configuração possível para a inserção do auxiliar de enfermagem é a realização de uma avaliação inicial do usuário para encaminhá-lo ao enfermeiro, quando necessário, pois muitos pacientes esperam por muito tempo na unidade, quando necessitam somente de uma informação ou realizar algum procedimento que não necessite ficar na fila. Nessa situação o auxiliar estaria cumprindo sua função de auxiliar o enfermeiro, como prevê a Lei 7498/86, o que estaria correto. A organização do trabalho, atendendo às competências de cada categoria, poderia ser uma estratégia de reduzir as filas e tempo de espera por atendimento com critérios técnicos aceitáveis.

Cada profissional é necessário na execução de suas funções para uma atenção resolutiva para o usuário e essa gama de funções deve ser embasada em suas competências. Porém, algumas são comuns a todos os profissionais de saúde do PSF e dentre estas, a que se encaixa no atendimento à demanda espontânea e que ressaltamos é a escuta qualificada das necessidades do usuário, proporcionando um atendimento humanizado e incentivando o vínculo (BRASIL, 2006a).

Já relatamos sobre a consulta realizada pelos auxiliares de enfermagem e essa função está sempre presente nos relatos dos profissionais desta categoria como sua atribuição.

É o comum aqui, igual eu to te falando a gente atende, quem tá na escala, na sala de medicação, sempre aciona a equipe, se eu to disponível na hora e num to assim em nenhum setor eu vou avalio as, os, faço anamnese, a evolução do paciente, as queixas e verifico os dados vitais e comunico com o médico. (E9)

A entrevistada elenca como seu papel na unidade a realização do atendimento de enfermagem e a realização de procedimentos como a execução da prescrição medicamentosa e aferição de dados vitais.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem da ESF, e que podem ser aplicadas ao atendimento de pessoas com casos agudos, “participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF (Unidade de Saúde da Família) (...).” (BRASIL, 2006a, p.46).

A Lei do Exercício Profissional, Lei nº. 7497/86 reconhece como atividade do auxiliar de enfermagem reconhecer e relatar os sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente, e participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986). Para o técnico de enfermagem, a legislação profissional (Lei nº 7.498) estabeleceu como suas atribuições consoantes ao atendimento de pequenas urgências: executar ações assistenciais sob a supervisão do enfermeiro e desde que não privativas do enfermeiro (BRASIL, 1986).

Em relação às atribuições dos enfermeiros no atendimento aos usuários com quadros agudos, os profissionais da categoria relataram:

Eu dou o atendimento de enfermagem também né, eu faço a consulta de enfermagem, é, faço a avaliação, e quando eu percebo que a minha abordagem não é suficiente, aí eu, é transfiro pro médico né, mas é, é atender mesmo e dar é o atendimento, segmento, é, que é necessário pra cada caso, né, porque muitas vezes o médico só atende o paciente ou então fica esperando a gente entregar ele, o paciente pra ele, mas é, as vezes o paciente ta aguardando lá na prancheta, aguardando no corredor, e a gente que é responsável até pra dinamizar esse atendimento quando a gente observa o que é necessário, mas ainda num tem o, a gente ainda não tem o protocolo pra isso né. (E8)

A enfermeira relata como sua atribuição a realização da consulta de enfermagem e o consequente encaminhamento para o médico, quando necessário. Ela também relata a ausência de um protocolo que respalde este atendimento, fato já referenciado em outros fragmentos apresentados ao longo do texto. O protocolo torna-se um instrumento essencial para a definição de competências e contribuiria para definir a gravidade do usuário em situação de urgência, emergência e que apresenta o chamado “caso agudo”. Com o protocolo seria mais fácil definir o papel de cada categoria profissional no atendimento nas UBS.

Segundo a lei do exercício profissional da enfermagem são atividades privativas do enfermeiro e relacionada ao atendimento da demanda espontânea, a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem e os cuidados diretos de enfermagem a pacientes gravemente enfermos (BRASIL, 1986). Portanto, suas atividades estão relacionadas ao diagnóstico de necessidades de cuidado de enfermagem, realização de atividades de maior

complexidade com a ajuda de técnicos e auxiliares de enfermagem, cada um exercendo a função que lhe cabe, segundo a legislação profissional.

No atendimento às pequenas urgências da UBS o médico tem um papel importante e é o responsável pelo diagnóstico médico, tratamento e encaminhamento dos pacientes a outros níveis de complexidade.

Avaliar, fazer o diagnóstico e tratar conforme a assistência. (E7)

Resolver, pelo menos pra estabilizar o paciente, pra que ele possa ser transferido pro, um local de complexidade maior. (E11)

Na unidade o médico da equipe realiza a consulta médica dos pacientes encaminhados pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e estabelece a conduta, que pode ser a prescrição de um tratamento a ser executada na sala de observação da unidade, uma prescrição a ser executada no domicilio ou o encaminhamento do usuário para outro nível de atenção. Segundo a PNAB, são funções do médico, relacionadas ao atendimento às urgências na APS, realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; indicar internação hospitalar; encaminhar aos serviços de média e alta complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na UBS e solicitar exames complementares (BRASIL, 2006a).

Na UBS, cenário deste estudo há uma grande demanda espontânea de casos agudos e a frequência destes casos varia conforme a época do ano, tendo uma influência sazonal muito forte.

É o que mais chega na unidade depende, depende da época. Em época seca igual esse tempo agora é virose, né. Em época de chuva é dengue, chuva e sol, é dengue, né. E, depende, e, nessa época assim do tempo seco é mais virose e asma, bronquite e asma. (E10)

Maior deles é crise hipertensiva e problemas asmáticos, são os maiores, os mais acentuados, crise hipertensiva e problemas respiratórios, principalmente com crianças, é são os maiores, e essas crises hipertensivas ela tem um particular, são crises hipertensivas de pacientes que fazem uso da medicação, mas de forma errônea, ela não é de paciente que é identificado aleatoriamente, na maioria das vezes já são diagnosticado como hipertensos mas por n fatores não toma medicação e apresenta uma crise e vem até a unidade. (E4)

Nos relatos foram evidenciados como casos mais frequentes na UBS aqueles decorrentes de questões sazonais tais como dengue em épocas chuvosas e viroses em tempo seco. Também foram relatados casos crônicos agudizados nos dois fragmentos como asma e crise hipertensiva. Em outros relatos foram citados como casos frequentes de procura da

unidade: infecção urinária, IVAS (Infecções de Vias Aéreas Superiores), pneumonia, cólica renal, amigdalite, sinusite, diabetes, trauma, dor, diarreia, vômito e cefaleia.

Na literatura foram encontrados como principais quadros agudos em pacientes adultos atendidos na APS: as dores abdominais, torácicas e os sintomas neurológicos (MELO; SILVA, 2011). Entretanto, estudo realizado em um Serviço de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde em Porto Alegre, detectou que as principais causas de atendimento de pacientes agudos no serviço são queixas relacionadas à crise hipertensiva, dor, disfunções respiratórias, diarreias e vômitos. Em crianças, foram detectados os problemas respiratórios, no inverno e gastroenterites, em períodos quentes (MARQUES, 2004). Estes resultados são semelhantes aos achados do presente estudo, exceto pelos casos neurológicos citados por um dos autores, demanda essa que não é frequente na UBS analisada.

Os casos agudos novos que surgem na unidade são em sua grande maioria casos sazonais, conforme evidenciado nos relatos acima. Porém, a unidade tem uma demanda superior de casos crônicos agudizados, fato que pode ser confirmado nas observações de campo e nos relatos de grande parte dos profissionais.

Ah, até que, ai eu num sei te falar assim em quantidade não, mas muitos pacientes que a gente atende são quadros crônicos agudizados sim, né, ou pacientes principalmente hipertensão né, paciente com a pressão descontrolada, aí isso é muito comum aparece muito e também pacientes da saúde mental (...). (E8)

A observação de campo na UBS permitiu verificar que a rotina de casos agudos que chegam à unidade é composta em grande parte, senão a maior parte, de casos crônicos agudizados que chegam à unidade, como hipertensos e diabéticos descompensados, crise asmática e renal. Além disso, parte dos casos que são encaminhados para unidades de maior complexidade são casos crônicos descompensados, pois os casos agudos novos mais frequentes são os sazonais e que grande parte das vezes podem ser tratados na unidade. A UBS apresenta uma grande demanda de casos crônicos agudizados o que faz com que os nossos olhares se voltem para a atenção programada, que pode não estar sendo resolutiva, pois, quando os usuários apresentam um alto índice de reincidência da agudização de sua patologia, pode ser que as ações e orientações da unidade não estejam sendo efetivas. Ou, ainda, que os pacientes não assumiram a necessidade de controle, do uso da medicação correta como indicado e de outras medidas de manutenção de seu quadro estabilizado.

Em estudo realizado por Matumoto (1998) apontou-se que a grande dificuldade encontrada pelos profissionais para absorção dos casos agudos ocorreu pelo elevado número

de consultas para um mesmo paciente, ou seja, pela elevada quantidade de retornos. Esta elevada concentração de retornos produz um estrangulamento da demanda da unidade, sendo que em grande parte das vezes esta elevada incidência de comparecimentos do usuário à unidade ocorre em seus momentos de agudização da sua doença crônica.

Estudo realizado em uma UBS de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais constatou-se que 79% das demandas atendidas pelo serviço eram espontâneas, ficando somente 21% do atendimento para a demanda programada (ESPERANÇA, CAVALCANTE e MARCOLINO, 2006). Neste sentido, é necessário que a APS esteja sempre de portas abertas para receber o usuário em sua procura espontânea e também nunca abrir mão da atenção programada, pois caso contrário o que se vê é uma política de apagar incêndio quando os casos crônicos agudizam, o que é frequente. É preciso um equilíbrio entre os dois atendimentos e necessário que os profissionais aperfeiçoem o seu tempo para que nenhum tipo de atenção seja prejudicado.

Por meio da observação em campo foi possível em uma conversa informal captar a fragilidade ou até mesmo ausência de orientações aos usuários que procuram atendimento na UBS. O paciente compareceu à UBS com fortes dores na região dos rins, com início na noite anterior, e febre com início há um dia. Foi diagnosticado com cólica nefrética e iniciado o tratamento medicamentoso com buscopan composto endovenoso. O paciente foi encaminhado para a UPA de referência, via SAMU. Há três anos ele foi encaminhado para a UPA com a mesma patologia. Em conversa com o paciente ele disse que era jardineiro. Quando indagado sobre a quantidade de água que ele ingeria por dia relatou que quase não bebe água e sua urina é bem escura. Também relatou nunca ter sido orientado pelos profissionais da unidade sobre a necessidade de se hidratar, ainda mais quando estiver trabalhando sobre sol forte.

Hoje ainda predomina a concepção de que a melhor atenção é aquela que é cara e medicamentosa, mas muitas vezes uma boa orientação faz a diferença e evita danos à saúde no futuro. Daí a necessidade da educação em saúde e programas consistentes de promoção da saúde e prevenção. Nesta perspectiva, há que se ter especial atenção ao se realizar ações do PSF. Uma atenção preventiva efetiva, muitas vezes baseada em uma boa orientação, pode impedir que novos casos agudos e agudizações de casos crônicos aconteçam.

O prejuízo da demanda programada causado pela sobrecarga de casos agudos na unidade, também foi referenciada por um dos entrevistados, conforme ilustrado no relato abaixo:

Ah, acho que novos casos agudo, até que os crônicos permanecem, a gente num, num, agente num tem muito tempo pra trabalhar muito assim com a prevenção não, acho que a gente ta muito apagando incêndio e tal, e trabalhando muito na questão dos casos agudos isso ta vindo muito mesmo, muito, então, eu acho que não, os crônicos ta mantendo ainda, num ta agudizando não, mas os agudos estão aparecendo muito. (E15)

As ações de “apagar incêndio” nunca dão certo, porque só postergam o problema. As políticas de promoção da saúde e prevenção das doenças são amplamente divulgadas pelo seu inegável potencial de melhoria da saúde da população e sem o sofrimento de um problema de saúde já instalado. A unidade deve reorganizar a sua demanda a fim de contemplar uma atenção à demanda espontânea e programada efetiva e resolutiva, com um equilíbrio dessas práticas.

Quando a demanda espontânea da unidade não está organizada em equilíbrio com a demanda programada, os centros de saúde se “afogam” na demanda espontânea. Na prática, atualmente, devido à ausência deste equilíbrio, os centros de saúde vivem uma sobrecarga de trabalho ocasionada pelo atendimento ao usuário com caso agudo, o que gera a perda de potência das ações programadas dessas unidades. Muitos profissionais são conscientes deste prejuízo da atenção programada, o que gera nestes profissionais a sensação de pouca resolutividade do serviço (TEIXEIRA, RATES e FERREIRA, 2012a). Esse equilíbrio pode ser pelo menos parcialmente alcançado por meio de planejamento com uma previsão de atividades rotineiras e programadas e de um determinado número de atendimentos de casos não programados.

Quando perguntados se as ações são compartilhadas entre os profissionais da equipe, todos os entrevistados acenaram positivamente sobre o compartilhamento das ações e a atenção multidisciplinar na abordagem ao paciente.

Quando tem dúvida ou tem que tomar uma decisão sempre, os membros da equipe, principalmente técnico e enfermeiro a gente sempre entra em acordo, uma conversa pra ver se é, se é certo aquilo ali ou se a gente acha que tem que tomar algumas providências pra ta acabando de resolver. (E4)

Sim, sim, eu vejo que sim, e muitas vezes até pedindo ajuda, dependendo da gravidade do caso pedindo ajuda pra outra equipe, é um atendimento conjunto em chama o outro, o médico auxilia outro né, é uma interação dessa equipe, com esse olhar, então eu acho que na unidade é bem tranquilo assim, um precisou do outro, a minha equipe aqui é bem tranquila, os funcionários são bem disponíveis, tem um bom relacionamento. (E1)

Na unidade em estudo, as ações são compartilhadas entre as equipes de saúde da família na assistência ao usuário. O compartilhamento das ações entre os membros das equipes é de grande importância, pois um profissional serve de suporte ao outro e isso resulta

na melhoria assistencial. O usuário busca atendimento do serviço e a ideia de trabalho em equipe é essencial para se alcançar um resultado efetivo.

A atenção compartilhada tem como foco oportunizar a atenção multidisciplinar propiciando aumento da utilização de evidências clínicas, com consequente diminuição dos danos, desigualdades, desperdícios e da demora em oportunizar a atenção adequada ao indivíduo. O emprego de uma assistência multidisciplinar vem por fim facilitar a tradução do conhecimento, por meio das competências de cada profissional de saúde (TEIXEIRA, RATES e FERREIRA, 2012a). Em estudo realizado por Marques (2004), a autora pôde perceber a harmonia do trabalho em equipe, com complementaridade das ações e espírito de equipe entre os trabalhadores. Quando a equipe se encontra em sintonia, a melhoria da atenção se mostra evidente.

Todo atendimento para ser melhorado necessita de um monitoramento constante e avaliações periódicas, porém na unidade pesquisada todos os entrevistados desconhecem qualquer forma de avaliação do atendimento, como ilustrado no relato abaixo:

Pelo menos que eu to aqui nunca vi isso não. Eu acho que nunca, entendeu. (E2)

Não que eu presenciei essa avaliação. Não tenho conhecimento. (E3)

A avaliação da assistência, com elaboração de indicadores que propiciem um planejamento adequado não é realizada na unidade. Esta realidade não contradiz o que é encontrado no SUS em âmbito nacional, pois os monitoramentos e avaliações ainda são incipientes. Não é usual atrelar às estratégias de planejamento a avaliação da ação. Faz-se necessária a articulação entre o monitoramento das ações de saúde e o desenvolvimento de uma cultura avaliativa que seja participativa, formativa e emancipatória (TEIXEIRA, RATES e FERREIRA, 2012b; SANTOS-FILHO, 2007).

A ação avaliativa deve ser sempre participativa, no sentido de propiciar a inclusão de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde – trabalhadores, gestores e usuários-, afirmando o princípio da inseparabilidade entre planejar-fazer-avaliar; deve ser sempre emancipatória, como um movimento para possibilitar explicitação das diferentes posições e desenvolver/empoderar todos os sujeitos/grupos de interesse envolvidos; deve ser transversal e formativa, atravessando toda a prática e propiciando correções de rumo no próprio processo de implementação das ações, num caráter pedagógico, de aprender-fazendo, fazer-aprendendo. Deve-se exercitar como oportunidade de aumentar nossa capacidade de ‘avaliar-negociando’ o que seja necessário e possível de transformação, isto é, oportunidade de ‘envolver-negociando’ com os sujeitos das equipes a combinação transparente de tarefas e compromissos, assim valorizando os trabalhadores/equipes em sua capacidade de análise e de intervenções como protagonistas do processo de produção da saúde. (TEIXEIRA, RATES e FERREIRA, 2012b, p.201).

A avaliação e o monitoramento são partes de um bom planejamento e quando bem planejadas estas ações tem cunho formativo, participativo e emancipatório. Muito além de punitiva a avaliação é de extrema necessidade para que a prática seja exitosa, pois só avaliando torna-se possível um feedback para corrigir possíveis erros.

#### **5.4 O fluxo do usuário com caso agudo na rede de serviços de saúde: a dinâmica dos encaminhamentos**

As diversas Portarias que dispõem sobre atendimentos de urgência e emergência estabelecem que o usuário deva ser atendido na APS e quando essa não tiver capacidade para a resolução do problema, o usuário deve ser encaminhado para um serviço de maior complexidade que atenda à sua necessidade. Os pacientes com casos agudos muitas vezes são diagnosticados como casos urgentes que, dependendo da gravidade, podem ser atendidos na UBS ou estabilizados e encaminhados a outros serviços. Ressalta-se que são diversos os motivos que levam o usuário a procurar atendimento por demanda espontânea nas UBS e em alguns casos estes são encaminhados, seja para a realização de algum exame ou procedimento no mesmo dia ou para receber um atendimento de urgência não disponível na APS.

O encaminhamento, na maioria das vezes, é, o recurso mesmo né, quando a gente percebe que o paciente precisa de fazer é, mais exames laboratoriais, é, pra poder, é saber, dar o diagnóstico, seguir o tratamento né, é, quando o paciente também chega debilitado de forma que ele precisa ser observado mais tempo do que a unidade tem pra oferecer, por exemplo, eu cheguei quatro horas da tarde, aí, sete horas da noite o centro de saúde fecha né, se o médico, ele vê que o paciente precisa ser observado mais tempo, geralmente ele pede o encaminhamento né, é, pacientes graves né, assim quando há emergência, por exemplo, às vezes aparece né, é, infartado do miocárdio, é dor precordial, já apareceu aqui né, paciente às vezes chega com convulsão né, e ai tem que ser observado, tem que ser feito exames laboratoriais pra poder dar um diagnóstico melhor, seguir o tratamento, aí pra poder encaminhar né. (E8)

Quando a demanda exige um atendimento específico, por exemplo, um trauma que vai precisar de um ortopedista, um corte que vai precisar de um cirurgião ou então final de plantão quando a unidade ta pra fechar o médico não se responsabiliza de mandar o paciente pra casa, ele medica e encaminha. É, no caso quando a unidade não tem, é respaldo pra poder fechar um diagnóstico ou dar o atendimento adequado então encaminha pra UPA. Porque é questão de, precisa de um exame de laboratório, raios-X ou mesmo como internação. (E9)

Os entrevistados relatam que os motivos de encaminhamento para outras unidades de maior complexidade são por necessidade de realização de exames para fechar o diagnóstico, pela proximidade do horário de fechamento da unidade, casos classificados como emergência e quando há necessidade de avaliação de um especialista, seja um cirurgião, um

ortopedista ou um pediatra. Também é relatado por outro entrevistado encaminhamento por falta de recursos adequados na unidade.

Neste sentido, reconhecemos como imprescindível que as UBS tenham uma estrutura e recursos materiais de forma a garantir o atendimento adequado às urgências de baixa complexidade, o que nem sempre ocorre, tornando impossível cumprir a regra de fazer o primeiro atendimento, estabilizar ou mesmo fazer todo o tratamento necessário. É preconizada a atenção às situações agudas na UBS, mas muitas vezes a tecnologia não está disponível. Assim, torna-se importante que a cada dia mais equipamentos estejam disponíveis na APS de forma a possibilitar a diagnose na unidade, sem o encaminhamento para outros níveis de complexidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Dentre os principais casos que são encaminhados para outros níveis, na perspectiva dos entrevistados, destacam-se as crises hipertensivas, diabetes descontrolado, quedas, fraturas ou a suspeita de fraturas, crise asmática, desidratação, dentre outras, conforme pode ser evidenciado no relato a seguir:

É, falta igual você falou falta esse diagnóstico, né de patologista, que, que a gente vê, né, que a gente vê, a crise hipertensiva, né, ou uma cólica renal, às vezes, tivemos alguns casos que tem chamado mais atenção de dor, de duma, duma dor precordial, né, uma dor precordial, uma angina instável né, é crise convulsiva que chega algumas, né, o diabetes descompensado, né, a hiperglicemia, alguns médicos tratam aqui, espera aí até o paciente compensar, às vezes nem chegam ir à UPA, outros vão, né, é, casos de dengue né, de doenças que determinam, que precisam de algum exame pra esclarecimento de diagnóstico, até pra poder designar tratamento, que a gente encaminha, eu acho as dores, né, pacientes com, cólica renal, deixa eu pensar se eu esqueci de um, asma na criança, uma asma que você põe no protocolo aqui e não resolve, por exemplo, dentro do tempo estabelecido de evolução, pro atendimento, você faz todo o atendimento e não resolveu em determinado tempo, as crianças, por exemplo, são encaminhadas, uma desidratação, tô lembrando aqui, das crianças né, às vezes fica, aqui na, na re-hidratação oral, passou aquele tempo, foge o tempo de evolução nossa, aí vai pra UPA, criança desidratada né, com as doenças respiratórias, vamos falar das doenças respiratórias, tem a pneumonia né, uma criança chega ai instável, dispnéica, com quadro mais grave, né, então é assim essas, as doenças né, eu acho infectocontagiosas, que estão descompensadas, num vai porque a gente vai ta encaminhando, seja já com diagnóstico seja já com tratamento e eu to lembrando o quadro que eu vejo mais é, isso mesmo, hipertensão, doença precordial, essas doenças ligadas ao aparelho cardiovascular né, num, num lembro, se eu já esqueci é uma coisa. (E1)

Também são evidenciados neste e em outros relatos como casos encaminhados: cólica renal, dor pré-cordial, angina instável, crise convulsiva, dengue, doenças respiratórias como pneumonia, dispneia, obstrução intestinal, abdômen agudo, suspeita de apendicite, insuficiência respiratória, intoxicações, partos, cetoacidose, diarreia, dor, trauma, acidente vascular encefálico, casos psiquiátricos em surto, dor torácica, princípio de infarto e suspeita

de trombose. Foi possível perceber que os casos encaminhados presentes em quase todos os relatos refere-se à crise hipertensiva e diabetes descompensado, o que nos remete novamente à grande quantidade de casos crônicos agudizados atendidos na unidade e que também não raro são encaminhados.

Segundo Marques (2004) os casos mais atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento são, em adultos: os níveis de tensão elevados e a dor abdominal, pélvica, torácica e a enxaqueca. Os usuários que acessam o serviço de pronto atendimento também apresentam problemas como crises hipertensivas, disfunções respiratórias, diarreias e vômito. Estes, em partes, se assemelham ao que a unidade de saúde encaminha, sendo elencados pelos entrevistados vários outros problemas.

Além dos casos relatados pelos entrevistados como casos encaminhados também ocorreram no período do estudo encaminhamentos com hipótese diagnóstica de broncoaspiração em um bebê e hemorragia digestiva alta. A observação de campo do trabalho dos profissionais da unidade nos permitiu presenciar que às 13 horas, do dia 09 de agosto de 2013, compareceu à unidade o paciente João (nome fictício) apresentando episódios de vômito com sangue e melena, apresentando-se um pouco cianótico. PA= 110x80 mmHg, T<sub>ax</sub>= 36° C, FC= 88 bpm, FR= 20 irpm. Relatou estar em uso de amoxicilina há dois dias. Negou história pregressa de patologias. Hipótese diagnóstica: hemorragia digestiva alta. Conduta: 500 mL de soro fisiológico 0,9%, plasil e buscopan endovenosos, e encaminhado para a UPA, via SAMU.

Em algumas situações o encaminhamento é imediato, como o observado acima, sempre que necessitam de uma tecnologia não disponível (ausente) na APS. O paciente citado deu entrada na UBS com um quadro que se aparentava grave e necessitou de exames de maior precisão e localizados, disponível em outras unidades de saúde. Portanto, foi corretamente encaminhado e sem contestação.

Também foram observados, por meio da observação de campo, casos encaminhados desnecessariamente, como em um caso em que a paciente estava com uma crise hipertensiva, mas com o uso de medicação na unidade a pressão se normalizou, porém a mesma foi encaminhada pelo médico, antes mesmo de saber se com a medicação aplicada na unidade a pressão arterial se normalizaria. A paciente foi encaminhada a UPA e quando o transporte sanitário chegou a mesma estava com pressão quase normalizada e mesmo assim foi para a UPA.

O encaminhamento para outras unidades ocorre de maneira tranquila quando a unidade de destino é a UPA ou a referência, conforme fala abaixo:

É, porque tem um encaminhamento, o que é tranquilo na rede, se você encaminha pro que ta referenciado, ta pactuado, isso a gente não tem problema né, assim acho q o problema já tivemos antigamente muito, mas já avançou bastante, então assim, o que ta referenciado é tranquilo. Quando foge a esse encaminhamento que a gente tem mais dificuldade, geralmente, mas o que é solicitado pro médico, faço contato com o médico é, coordenador daquele serviço, então, uma coisa que a gente não pode fazer, encaminhar sem contato prévio, o transporte sanitário não aceita, então, assim, todos tem que ter encaminhamento assinado por médico, contato prévio né, e então às vezes a gente tem dificuldade, quando a gente vai fora da UPA, a gente tem mais dificuldade, onde que a equipe às vezes aciona o gerente, o médico pra falar no telefone né, e isso às vezes o auxiliar resolve, faz o encaminhamento pra UPA, já tem protocolo direitinho, mas quando a gente tem outros encaminhamento é mais difícil, mas hoje isso tem sido mais amarrado, porque aí a gente pede a UPA pra fazer a referência. (E1)

Como coloca o entrevistado, o encaminhamento ocorre na maior parte das vezes de maneira tranquila e quando o local de destino é a referência da unidade, esse contato pode ser realizado por outros profissionais de saúde. Nos casos em que a unidade de destino não é a referência, o contato tem que se dar de médico para médico.

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.048/02, é imprescindível que as unidades de saúde possuam uma retaguarda pactuada para poderem encaminhar aqueles pacientes que foram acolhidos na unidade, mas necessitam de uma atenção presente em outros níveis de atenção. Além disso, devem ser dotados de um serviço de transporte para casos graves aos outros pontos de atenção, serviço esse executado pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2002).

Alguns entrevistados relatam que a burocracia para o encaminhamento do paciente gera dificuldades, pois se perde muito tempo neste contato com a unidade e como relatado no fragmento supracitado, quando a unidade não é a referência de encaminhamento, este contato tem que ser feito de médico para médico. Quando a unidade é referência, há protocolos e outros profissionais podem fazer os encaminhamentos.

É um pouco mais tranquilo, às vezes você pode até falar ‘Nossa colega, perai, me ajuda aí’, mas quando você diz que não é referência aí que eles não atendem enfermagem mesmo, eles querem que seja o médico, a gente tem que deslocar do telefone, chamar o médico do consultório pro médico ir lá no telefone pra conversar, pra ver se consegue encaminhar o paciente. (E3)

Alguns encaminhamentos são tranquilos quando é algo já referenciado. Porém, conforme ilustrado no relato acima, o encaminhamento de pacientes para unidades que não

são a retaguarda pactuada, se mostra repleto de burocracias e a demora a sua concretização é considerável.

Outra dificuldade citada por um entrevistado é o encaminhamento de pacientes da saúde mental, relatando que a porta do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) é muito fechada. Alguns serviços têm a porta de entrada fechada até para os profissionais de saúde, o que se torna um dificultador para a concretização de um trabalho em rede que seja resolutivo.

A contrarreferência é de grande importância para que o paciente tenha a continuidade do tratamento na UBS, quando este foi encaminhado ou se internou no serviço de urgência e emergência. Porém, essa contrarreferência raramente ocorre, segundo os entrevistados, ocorrendo apenas em casos específicos de alta da maternidade ou quando é uma criança internada, que tem a contrarreferência por meio da alta responsável. Essa consiste no agendamento de uma consulta na UBS pela unidade de internação em que o usuário está, como condição para a sua alta.

Não é sempre, depende mesmo da situação, caso for maternidade eles entram em contato com a gente falando que o paciente teve alta, como é que foi e em outros casos não. (E6)

(...) hoje toda criança internada é tem a o sistema de alta responsável né, o hospital comunica por e-mail e a criança já sai, o assistente social liga, a gente agenda a consulta pra ele já, ele sai com a consulta, a consulta de controle já agendada, e agora, assim tem um pouco tempo eu, em casa já to recebendo o e-mail, é, bebe nasce no Sophia Feldman liga avisando que a criança nasceu, maior parte das vezes a, a equipe já sabe né, que vai pro Sophia, então essa comunicação, essa questão do processo na área da toda diferença porque nós temos a comunicação muito ágil né (...). (E1)

A contrarreferência, apesar de ser utilizada somente em alguns casos, tem um grande papel na vinculação do usuário à APS e principalmente na continuidade do cuidado. Os entrevistados relatam que em casos de crianças e parturientes a unidade de saúde é acionada na alta deste paciente, mas só nestes casos. A questão colocada parece-nos ligada às prioridades estabelecidas pelos órgãos nacionais e internacionais, como os objetivos do milênio e outros que visam reduzir a morbimortalidade infantil e materna. A reflexão maior é que, se funciona para determinado grupo de pacientes, se houver vontade política, pode funcionar em todas as situações, embora não assumido publicamente como exigência dos serviços. A situação de saúde e os riscos de determinados grupos quando elevados são incluídos como prioridade nos planejamentos, o que é natural, mas não dá para dizer que a

contrarreferência não funciona em decorrência das ações dos profissionais. Se condições forem criadas e fluxos organizados todos seriam contrarreferenciados.

Como evidenciado no relato a contrarreferência raramente acontece, geralmente em casos específicos. Essa falta de contrarreferência também é relatada por outros pesquisadores como incipiente em relação aos encaminhamentos para especialidades e internações. São os próprios usuários que, ao regressarem à UBS, relatam os seus momentos de internação, trazendo algumas informações para a equipe (JULIANI e CIAMPONE, 1999). Porém, mesmo o usuário trazendo essa informação à unidade de saúde, a mesma fica no nível do relato do paciente com base em seu conhecimento sobre a doença. Não há uma informação segura e completa do seu estado ao passar por uma Unidade de Pronto Atendimento ou hospitalar.

A unidade adota uma forma de busca de informações dos usuários que estiveram internados, por meio da visita do Agente Comunitário da Saúde (ACS). Esse visita o domicílio para coletar informações sobre o paciente que esteve internado, porém, essa informação traz características gerais da internação que o usuário tem conhecimento e não informações técnicas. Não há sequer um relatório de alta, procedimento simples a que todo paciente deveria ter direito assegurado e que se tornaria essencial para seu atendimento na APS. Além disso, em casos que não chegam ao conhecimento da equipe de que o paciente esteve internado, essa ação não ocorre.

Contra referência não existe, bem, de profissional pra profissional não, a gente busca, é, a contra referência nossa é com o próprio encaminhado. A gente pede o ACS pra procurar saber, se internou, se voltou pra casa e da uma resposta pra gente mas aí é via ACS, ou então o próprio familiar. (E9)

Esta atuação do ACS em buscar informações do paciente que esteve internado é de grande importância para que a equipe de saúde possa buscar esse usuário para um acompanhamento na unidade. Porém, tal ação não exclui a necessidade de um referenciamento pela unidade de internação, conforme exposto acima, com informações mais completas do quadro de saúde do usuário. Além disso, o ACS busca informações junto ao paciente cuja equipe sabe que esteve internado, porém, muitas internações não chegam ao conhecimento da equipe e está assistência se torna descontínua e fragmentada. Os Fluxos parecem-nos medidas gerenciais do sistema, mas nada tem sido feito no município no sentido de contrarreferenciar os pacientes ao local de origem, onde será acompanhado.

Ainda há muito que se melhorar para que possamos ter um sistema de saúde em rede. Os encaminhamentos precisam ser menos burocráticos e mais ágeis, cada serviço funcionando

como uma continuação do outro. Além disso, precisamos de um sistema efetivo de contrarreferência, que supere a fragmentação da assistência que hoje impera nos serviços de saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS desenvolvida no âmbito da Estratégia de Saúde da Família é a principal porta de entrada dos usuários no SUS, sendo, portanto, eminente a necessidade de entender o funcionamento e as dificuldades deste nível de atenção para atender usuários com casos agudos e buscar capacitar as equipes de saúde da família, tornando-as mais resolutivas na atenção às necessidades de saúde da população. Entender o fluxo da rede de serviços de saúde é essencial para a resolutividade do serviço e esse entendimento deve perpassar o conhecimento dos profissionais, para que o usuário possa ter a sua necessidade de saúde resolvida no nível adequado, com agilidade.

Para uma efetiva resolutividade da APS é importante que haja um equilíbrio das ações da ESF, buscando atender com efetividade a demanda programada e também a demanda espontânea de usuários que batem à porta, pois todos que procuram atendimento têm uma necessidade para ser resolvida, seja diretamente relacionada à sua saúde, ou uma demanda social que impactará na sua saúde.

Por meio deste estudo foi possível compreender a conduta adotada pelos profissionais da unidade quanto ao atendimento dispensado aos usuários com casos agudos, bem como a compreensão dos entrevistados quanto ao que vem a ser para eles um caso agudo, uma urgência ou uma emergência. A compreensão de cada uma destas situações é importante, pois quando é errônea, pode-se ter um encaminhamento desnecessário ou inadequado, o que gerará conflitos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção.

Quanto à compreensão dos termos caso agudo, urgência e emergência, grande parte dos entrevistados apresentou dificuldade em defini-los, ou até mesmo delimitar cada caso, o que mostra uma necessidade de capacitação dos profissionais. Além disso, tal percepção deve ser sensível à percepção da população, pois é esta que demandará o atendimento embasado na sua percepção da gravidade do seu caso e essa percepção definirá a escolha do serviço a ser procurado pelo usuário para a resolução do seu problema de saúde. Também é importante que essa percepção do que é um caso agudo, uma urgência ou emergência seja o mesmo para os profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde. Todos os profissionais devem “falar a mesma língua”, evitando conflitos e gerando uma maior qualificação da assistência para o

usuário. Assim, faz-se necessário a criação de um protocolo unificado, que contemple a atuação dos diversos níveis de atenção ao usuário.

A organização do atendimento da demanda espontânea da unidade visa o acolhimento de todas as demandas apresentadas pelos usuários que acessam a unidade, caracterizando o serviço como um serviço de porta aberta para a população. Isso mostra que a UBS se encontra à frente do que relata a literatura por acolher todos os seus usuários. Porém, várias alterações devem ser efetuadas para que se concretize a acessibilidade deste usuário, pois há casos em que o tempo de espera por um atendimento é demasiadamente longo, principalmente quando há a falta do profissional médico na equipe.

Uma sugestão que pode diminuir esse tempo de espera é a adoção do sistema de acolhimento misto, em que a equipe à qual o usuário está vinculado, realiza o acolhimento da demanda espontânea por um período pré-determinado e, fora desse horário de acolhimento, as pessoas que acessam a UBS por demanda espontânea são acolhidos pela equipe do dia. Esse sistema de acolhimento também visa melhorar o atendimento da demanda programada, uma vez que o número de agudizações dos casos crônicos se mostra muitas vezes superior ao número de novos casos agudos. Ressalta-se, também, a necessidade de que cada profissional só desempenhe as funções respaldadas pela sua competência profissional, buscando o respaldo legal para a execução de suas atividades.

Torna-se importante que as anotações na prancheta, para os casos de acolhimento fora do horário, não sejam negligenciadas e novos campos de anotação possam ser inseridos para que a gerência da unidade possa ter um feedback do tempo de atendimento, utilizando este instrumento de registro para implementar melhorias no atendimento da unidade. É importante, também, a adoção, de um instrumento que avalie o atendimento disponibilizado aos usuários, visando melhorias e maior qualidade e acessibilidade do usuário.

Quanto ao fluxo e aos encaminhamentos é importante que a rede de serviços de saúde seja coesa e os encaminhamentos sejam realizados com agilidade, desburocratizando o sistema de saúde, buscando maior qualidade para o usuário e autonomia para os profissionais. É necessário que as portas dos diversos serviços, ainda muito fechadas e que dificultam os encaminhamentos, sejam mais acessíveis aos profissionais da APS, pois quem sofre as consequências desta dificuldade é o usuário que necessita da atenção.

É imprescindível que o usuário encaminhado seja referenciado à UBS quando tem alta da unidade para a qual foi encaminhado e essa contrarreferência seja efetiva no contato entre a unidade e a UBS. Pensar em rede não faz sentido diante da fragmentação existente nos serviços de saúde, que aumenta os custos e diminui a qualidade da assistência ao usuário, que pode ter uma recidiva do seu problema, por não ter sido referenciado à UBS e gera insegurança nos atendimentos e encaminhamentos. Há que se pensar em agilizar os processos, de forma profissional e organizada, aumentando a qualidade para o usuário e influenciando na sua vinculação à APS.

Também há que se pensar nesta assistência prestada ao usuário e na urgente capacitação dos profissionais de saúde da APS para o real atendimento das urgências. Em meu caminho como gestor do SUS, hoje vejo o quão é grande o despreparo de alguns profissionais da APS para ofertar uma atenção à urgência que seja de qualidade. Hoje posso ver que este é ainda um nó a ser desfeito no sistema de saúde e que se não desatado, conseqüentemente não conseguiremos desatar o nó da superlotação dos pronto atendimentos, que vivem lotados de usuários à espera de uma consulta médica.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Kelly Piacheski et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n.2, p. 146-152, 2012 jun.
- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.25, n.6, p.1337-49, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Silva Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis (SC), v.2, n.1, p. 68-80, 2005 jan/jul.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Regional Norte**. 2010. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalnorte&tax=6727&lang=pt\\_BR&pg=5501&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalnorte&tax=6727&lang=pt_BR&pg=5501&taxp=0&), acessado em 29 de outubro de 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do serviço de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1986.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acessado em 29 de outubro de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção primária à saúde: atenção à demanda espontânea na APS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a. (Série A – Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Dispõe sobre a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, 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 (DF): Diário Oficial da União, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 05/11/2002**. Dispõe sobre a organização do atendimento móvel de urgência. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.863, de 29/09/2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Resultados alcançados em 2009 com a Estratégia Saúde da Família**. 2009a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>, acessado em 21 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, Abílio José Ribeiro de; SHIMAZAKI, Maria Emi (Orgs.). **Protocolos Clínicos para Unidades Básicas de Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006.

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

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

ESPERANÇA, Ana Carolina; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; MARCOLINO, Clarice. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, n.1, p.30-6, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

GARLET, Estela Regina. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ, 2008. p.575-625.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização no sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-16, 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.12-7, 2007.

LUMER, Sandra. **O papel da saúde da família na atenção às urgências** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2007.

- LUMER, Sandra; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista APS**, v.14, n.3, p. 289-95, 2011.
- MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Urgência e emergência – a participação do município. In: REIS, Afonso Teixeira et al (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo (SP): Xamã, 1998. p.265-268.
- MANZINI, José Eduardo. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivos e de roteiros. Marília: Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESP, [200\_].
- MARQUES, Giselda Quintana. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.
- MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.
- MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. **Urgência em atenção básica em saúde**. Belo Horizonte (MG): Nescon/UFMG, 2011.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte (MG): ESP-MG, 2009.
- MARTINS, Paula. A Urgência e Emergência e sua interface com a Atenção Primária. **Revista Pensar BH/Política Social**, p. 28-30, março/2011.
- MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**: o debate no campo da saúde coletiva. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.1, p. 19-25, 2011.
- NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília (DF), v.19, n.1, p.61-75, 2010.
- NOVÁS, José Diaz; ZAYAS, Nancy Guinart. Las urgencias em la atención primaria. Utilizacion del servicio. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v.23, n.4, p.1-8, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, novembro de 1986. Ottawa: Organização Panamericana de Saúde, 1986. Disponível em: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf), acessado em 20 de junho de 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: [http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper\\_10-ago-05\\_Por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf), acessado em 06 de novembro de 2012.

- PINTO JÚNIOR, Domingos. **Valor preditivo do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um Hospital Municipal de Belo Horizonte** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Instituto Dr. José Frota. **Centro de Estudos do Instituto Dr. José Frota**. Fortaleza, 2009.
- RAMOS, Reneide Rodrigues. **A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa Unidade Básica de Saúde** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.
- ROCHA, Renata Lacerda Prata. **Percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
- SANTANA, Milena Lopes. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba** [dissertação]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté, 2008.
- SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.
- SOUZA, Cristiane Chaves. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa; RATES, Susana Maria Moreira; FERREIRA, Janete Maria (organizadores). **O Coletivo de uma Construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012a. 2v.
- TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.
- TURCI, Maria Aparecida. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte- HMP Comunicação, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Geneva: World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978**. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: [whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf), acessado em 20 de junho de 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: World Health Organization, 1996. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf), acessado em 06 de novembro de 2012.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## ANEXOS

## Anexo 1: Parecer COEP/UFMG

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais**PROJETO DE PESQUISA**


---

**Título:** ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM CASOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A  
**Pesquisador:** MARILIA ALVES **Versão:** 1  
**Instituição:** PRO REITORIA DE PESQUISA (UFMG) **CAAE:** 01956512.0.0000.5149

---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Número do Parecer: 22905

Data da Relatoria: 16/05/2012

**Apresentação do Projeto:**

A atenção primária à saúde (APS) é considerada porta de entrada dos usuários nos serviços públicos de saúde, sendo referência como ordenadora da rede de serviços de saúde e coordenadora do cuidado, mas ainda apresenta algumas dificuldades para atender aqueles que a procuram com quadros agudos, ou seja, usuários que acutizaram quadros mórbidos pré-existentes ou desenvolveram novos agravos. Os profissionais alegam falta de estrutura para atendê-los e, frequentemente, os encaminham para o nível secundário, gerando sobrecarga de ambulatórios de média complexidade e serviços de urgência, como Pronto Atendimento. Nesse sentido, são comuns os conflitos entre profissionais da APS e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em relação às responsabilidades pelo atendimento em situações de urgência, sendo que, segundo a Portaria 2.048/2002, todos os níveis de atenção são responsáveis pelo atendimento de urgência, de acordo com sua complexidade e tecnologia disponível. Os profissionais da APS não reconhecem o atendimento de usuários com casos agudos como sua responsabilidade, gerando desconforto, atendimento precário e conflito com usuários. Dessa forma, um dos grandes problemas encontrados na APS é atender portadores de casos agudos, que, não raro são encaminhados para outras unidades utilizando o SAMU. O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da APS quanto ao atendimento de pacientes com casos agudos, em relação à conduta adotada e aos encaminhamentos realizados. Trata-se de um estudo de caso qualitativo que será realizado em uma UBS de Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa serão profissionais de saúde da UBS e os dados serão coletados por meio de entrevista e observação. As entrevistas serão gravadas e será utilizada a análise de conteúdo.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Analisar a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com casos agudos, a conduta adotada e os encaminhamentos.  
**Específicos:** Compreender o percurso realizado pelo usuário classificado como agudo que chega à atenção primária;  
 Compreender a percepção dos profissionais da APS quanto a sua responsabilidade no atendimento de pacientes com são quadros agudos;  
 Conhecer o atendimento disponibilizado aos pacientes que chegam à atenção primária com um caso agudo;  
 Identificar os encaminhamentos, de pacientes com quadro agudo que procuram a UBS, para outros níveis de atenção da rede de saúde.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa que o risco está relacionado com a interpretação dos dados, que pode resultar na não fidelidade às informações coletadas ou vazamento de informações que podem prejudicar o profissional. Nesse sentido, a pesquisadora informa que as entrevistas não serão identificadas nominalmente, ficarão sob sua guarda e que serão tomados os cuidados na análise dos dados coletados, inserindo-os no contexto das falas. Como benefícios destaca que a "compreensão do atendimento aos portadores de casos agudos pode subsidiar os gestores na melhoria do acolhimento e cumprimento das políticas de saúde com eficiência e eficácia, tendo em vista que estes usuários não encontram, atualmente, um lugar seguro para recorrer e são transferidos para unidades de saúde de maior complexidade. A pesquisadora também considera haver benefícios para a formação de recursos humanos com maior sensibilidade ao atendimento dos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa foi analisado e autorizado pela gerência da unidade na qual será desenvolvido. O projeto poderá subsidiar, através da compreensão do atendimento de casos agudos, a avaliação do acolhimento, bem como gerar propostas para melhoria das ações realizadas nas unidades básicas de saúde.

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

Todos os termos de apresentação obrigatória foram mostrados. O termo de consentimento livre e esclarecido está adequado, claramente redigido, resguarda os direitos do sujeito e atende às exigências do comitê de ética em pesquisa da UFMG

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Trata-se de projeto pertinente, bem redigido, com objetivos claros, metodologia adequada e aspectos éticos devidamente respeitados.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salvo melhor juízo, sou pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

**Na data de emissão desse parecer estavam pendentes os pareceres de algumas co-participantes. As mesmas deverão ser apresentadas antes do início do projeto.**

BELO HORIZONTE, 17 de Maio de 2012

---

Assinado por:

Maria Teresa Marques Amara

## Anexo 2: Parecer CEP/PBH

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM CASOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A  
**Pesquisador:** MARILIA ALVES **Versão:** 1  
**Instituição:** PRO REITORIA DE PESQUISA (UFMG) **CAAE:** 01956512.0.0000.5149

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Elaborado pela Instituição Coparticipante

**Número do Parecer:** 20568

**Data da Relatoria:** 08/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

"A atenção primária à saúde (APS) é considerada porta de entrada dos usuários nos serviços públicos de saúde, sendo referida como ordenadora da rede de serviços de saúde e coordenadora do cuidado, mas ainda tem algumas dificuldades para atender aqueles que a procuram com quadros agudos, ou seja usuários que apresentam desestabilização de quadros mórbidos pré-existentes ou situações de novos agravos. Os profissionais alegam falta de estrutura para atendê-los e, frequentemente, os encaminha para o nível secundário, gerando sobrecarga de ambulatórios de média complexidade e serviços de urgência, como Pronto Atendimento. Nesse sentido são comuns conflitos entre profissionais da APS e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em relação às responsabilidades pelo atendimento em situações de urgência, sendo que segundo a Portaria 2.048/2002 todos os níveis de atenção são responsáveis pelo atendimento de urgência de acordo com sua complexidade e tecnologia disponível. Os profissionais da APS e de outras portas abertas do sistema não reconhecem o atendimento de usuários com casos agudos como sua responsabilidade, gerando desconforto, atendimento precário e conflito com usuários. Dessa forma, um dos maiores problemas encontrados na APS é atender portadores de casos agudos, que, não raro são encaminhados para outras unidades utilizando o SAMU." O estudo tem como objetivo "analisar a percepção dos profissionais da APS quanto ao atendimento de pacientes com casos agudos, a conduta adotada e os encaminhamentos feitos." Trata-se de um estudo de caso qualitativo que será realizado em uma UBS de Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa serão profissionais de saúde da UBS e os dados serão coletados por meio de entrevista e observação. As entrevistas serão gravadas e será utilizada a análise de conteúdo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Analisar a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com casos agudos, a conduta adotada e os encaminhamentos.  
**Específicos:** Compreender o percurso realizado pelo usuário classificado como agudo que chega à atenção primária; Compreender a percepção dos profissionais da APS quanto a sua responsabilidade no atendimento de pacientes com são quadros agudos; Conhecer o atendimento disponibilizado aos pacientes que chegam à atenção primária com um caso agudo; Identificar os encaminhamentos, de pacientes com quadro agudo que procuram a UBS, para outros níveis de atenção da rede de saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que o risco está relacionado com a interpretação dos dados, que pode resultar na não fidelidade às informações coletadas ou vazamento de informações que podem prejudicar o profissional. Nesse sentido, informa que as entrevistas não serão identificadas nominalmente, ficarão sob sua guarda e que serão tomados os cuidados na análise dos dados coletados, inserindo-os no contexto das falas.  
 Como benefícios destaca que a "compreensão do atendimento aos portadores de casos agudos pode subsidiar os gestores na melhoria do acolhimento e cumprimento das políticas de saúde com eficiência e eficácia, tendo em vista que estes usuários não encontram, atualmente, um lugar seguro para recorrer e são transferidos para unidades de saúde de maior complexidade." Também, informam sobre os benefícios para a formação de recursos humanos com maior sensibilidade para no atendimento dos usuários.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa foi analisado e autorizado pela gerência da unidade na qual será desenvolvido. Pode contribuir, através da compreensão do atendimento de casos agudos, como subsídio à avaliação do acolhimento, bem como para a proposição de medidas de incremento das ações realizadas nas

unidades.

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

Apresentados todos os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

Recomenda-se avaliar, no questionário apresentado ao CEP/SMSA, a pertinência de manutenção da questão relativa à remuneração dos profissionais em relação aos objetivos da pesquisa. Avalia-se tratar-se de constrangimento desnecessário ao escopo da pesquisa.

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

Pendência: avaliar a pertinência da questão relativa à remuneração dos profissionais em relação aos objetivos da pesquisa, constante do roteiro apresentado ao CEP/SMSA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Na data de emissão desse parecer estavam pendentes os pareceres de algumas co-participantes. As mesmas deverão ser apresentadas antes do início do projeto.**

BELO HORIZONTE, 11 de Maio de 2012

---

Assinado por:  
ROSIENE MARIA DE FREITAS

## APÊNDICES

### Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Enfermagem  
UFMG



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM CASOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” desenvolvida pelo Mestrando da Escola de Enfermagem da UFMG Gelmar Geraldo Gomes, orientado e coordenado pela Dra. Marília Alves. O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde quanto ao atendimento de usuários com casos agudos, a conduta adotada e os encaminhamentos. Cada entrevista será identificada apenas pela letra E enumerada de acordo com a sua realização, sendo garantido o anonimato a todos os participantes da pesquisa.

Sua participação consiste em responder as perguntas constantes de uma ficha de identificação socioeconômica e perguntas relacionadas ao objetivo deste trabalho, por meio de uma entrevista. O local, data e horário da realização da entrevista serão agendados antes de nossa conversa, de acordo com a sua disponibilidade. Você poderá sair do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com o pesquisador. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e dissertação de mestrado da escola de Enfermagem da UFMG.

Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em responder ao questionário solicitado, sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e em dissertação de mestrado.

Assinatura entrevistado

Assinatura pesquisador

**Enfermeiro Gelmar Geraldo Gomes**  
Av. Alfredo Balena, 190 /Sala 217  
Bairro: Santa Efigênia.  
CEP.:30.130.000 Belo Horizonte –MG  
Fone: 34099849  
E-mail: [gelmargomes@yahoo.com.br](mailto:gelmargomes@yahoo.com.br)

**Prof. Marília Alves**  
Av. Alfredo Balena, 190 /Sala 217  
Bairro: Santa Efigênia.  
CEP.:30.130.000 Belo Horizonte –MG  
Fone: 34099826/9830

**COEP UFMG**  
Av. Presidente Antonio Carlos, 667  
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sl2005  
CEP.: 31270.901. Belo Horizonte-MG.  
Fone: 34094295  
Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)  
**CEP Secretaria Municipal de Saúde**  
Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro  
Funcionários.  
Cep 30130-007 Belo Horizonte - MG  
Tel: (31) 3277-5309 / Fax (31) 3277-7768

**Apêndice B: Roteiro para entrevista.**



**Enfermagem**  
UFMG



**ROTEIRO PARA A ENTREVISTA**

1) Dados de Identificação dos Entrevistados

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_M\_\_\_F Idade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Categoria profissional \_\_\_\_\_

Tempo de formado \_\_\_\_\_

Possui Pós-Graduação? Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de Trabalho na unidade (ANOS) \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

- 2) Fale-me sobre o atendimento de usuários com quadros agudos nesta unidade.
- 3) Como é organizado o atendimento de casos agudos nesta unidade?
- 4) Qual é o seu papel no atendimento de casos agudos nesta unidade?
- 5) O que determina o atendimento ou os encaminhamentos dos pacientes que chegam às UBS com quadros agudos?
- 6) Na sua percepção quais são os quadros agudos mais prevalentes nesta unidade?
- 7) Descreva as dificuldades e facilidades do atendimento aos casos agudos nesta unidade?
- 8) Qual o limite conceitual entre caso agudo, urgência e emergência?
- 9) Você considera que existe a necessidade de alguma mudança no atendimento de usuários com casos agudos?
- 10) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?