

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Romero Chartuni Bandeira**

**A importância da Atenção Primária À Saúde (APS) na Atenção às Urgências e Emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

**Juiz de Fora**  
**2023**

**Romero Chartuni Bandeira**

**A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

**Juiz de Fora**

**2023**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bandeira, Romero Chartuni.

A importância da Atenção Primária À Saúde (APS) na Atenção às Urgências e Emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) / Romero Chartuni Bandeira. -- 2023.

187 p.

Orientadora: Ronaldo Rocha Bastos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Figura. 2. Gráfico. 3. Quadro. 4. Tabela. I. Bastos, Ronaldo Rocha , orient. II. Título.

**Romero Chartuni Bandeira**

**A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Estela Marcia Saraiva Campos  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Juiz de Fora, 05 / 10 / 2023.

---



Documento assinado eletronicamente por **Ronaldo Rocha Bastos, Professor(a)**, em 23/10/2023, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Estela Marcia Saraiva Campos, Professor(a)**, em 23/10/2023, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **romero Chartuni, Usuário Externo**, em 24/10/2023, às 14:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Gisele O'Dwyer de Oliveira, Usuário Externo**, em 07/11/2023, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1512005** e o código CRC **4DB115C2**.

---

Dedico esta conquista aos meus amados pais (*in memoriam*),

Neste momento de agradecimento final do meu mestrado, quero expressar minha profunda gratidão a vocês, meus queridos pais. Vocês que foram minha fonte de inspiração e apoio incondicional ao longo de toda a minha vida.

Desde o início, vocês acreditaram em mim, encorajaram meus sonhos e me motivaram a perseguir o conhecimento. Vocês estiveram ao meu lado nos momentos desafiadores, sempre me incentivando a persistir e acreditar no meu potencial.

Suas palavras de encorajamento, paciência infinita e dedicação em me proporcionar as melhores oportunidades fizeram toda a diferença. Vocês me ensinaram o valor do trabalho árduo, da disciplina e da dedicação, e sou eternamente grato por todos os sacrifícios que fizeram para me ver alcançar este marco em minha vida.

Embora tenha perdido minha mãe nesta minha nova jornada acadêmica, sei que sem o amor e o apoio inabaláveis de vocês aí em cima, eu não estaria aqui hoje celebrando esta conquista. Sei que a confiança de vocês em cada passo do meu caminho, me enche de orgulho, para enfrentar novos desafios no futuro.

Amo vocês além das palavras e este diploma de mestrado é tanto de vocês quanto meu.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar o meu caminho, me proteger e me conceder saúde, perseverança em todos os momentos da minha vida.

A minha esposa Liliane, você é a luz da minha vida e a minha fonte de inspiração. Agradeço por ser a minha companheira fiel em todas as etapas dessa minha jornada acadêmica. Suas palavras de incentivo, sua paciência e a compreensão demonstrada nos momentos, em que precisei me dedicar intensamente aos estudos foram fundamentais, para que eu me mantivesse focado e determinado a seguir adiante.

Aos meus filhos, Enrico, Henry e Rafael. Vocês sempre serão uma fonte constante de motivação e inspiração para mim. A paciência e compreensão durante os momentos de estudo intenso. Vocês são meu orgulho e minha alegria. Quero expressar minha gratidão profunda e eterna por vocês. Amo vocês!

Ao meu orientador Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos. Seu conhecimento, sua humildade, apoio e empenho ao longo destes anos foram fundamentais, para o sucesso da minha pesquisa e para o meu crescimento acadêmico. Desde o início, você mostrou um comprometimento excepcional em me guiar pelo caminho certo, fornecendo orientações valiosas, e críticas construtivas que me ajudaram a aprimorar meu trabalho. Sem palavras!!

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à banca examinadora da minha qualificação e dissertação. Obrigado Estela Campos, Gisele O'Dwyer e Plínio Ramos por dedicarem seu tempo e contribuições durante as avaliações com sugestões valiosas, análises cuidadosas realçando pontos que precisavam de melhorias, sugerindo maneiras para alcançar o objetivo almejado. Tudo isso foi fundamental para o aprimoramento do meu trabalho.

Ao meu querido amigo Dr. Ivan Chebli, atual Secretário de Saúde de Juiz de Fora – MG, sua generosidade em compartilhar seu conhecimento e experiência foram fundamentais para o meu entendimento sobre o SUS. Seu impacto positivo na minha vida e no meu desenvolvimento profissional é imensurável, e sempre será valorizado e lembrado com gratidão. Obrigado “companheiro”!

A toda equipe da secretaria municipal de Saúde, em especial aos que construíram a Rede de Urgência e Emergência no município como o Andri, Adriana,

Alessandra, Guto, Eliane e Priscila.

Ao Dr. Sebastião Médici, Procurador do município de Três Rios – RJ. Sua experiência, conhecimento e dedicação ao campo jurídico foram fontes de inspiração e aprendizado para mim. Através das suas palavras e orientações pude expandir minha compreensão sobre as nuances e desafios enfrentados na prática do Direito à Saúde. Seus ensinamentos não apenas aprimoraram minha compreensão do direito, mas também me capacitaram a aplicar esses conhecimentos de forma ética e responsável na área da saúde.

À Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, Instituição renomada e desde o momento em que fui admitido no programa, tive a certeza de que estava embarcando em uma jornada de aprendizado e crescimento acadêmico excepcional.

Aos meus irmãos que sempre estiveram meu lado. Ter a família unida durante essa caminhada fez toda a diferença e me deu forças para persistir.

Quero expressar minha profunda gratidão ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. Meu mestrado não é apenas uma conquista pessoal, mas um reflexo desta minha generosa Corporação em desenvolver habilidades em seu pessoal. É uma honra fazer parte desta Corporação cujo lema dos enfatiza a importância da coragem, do altruísmo e do compromisso e do sacrifício pessoal em benefício da comunidade: “Vidas alheias, riquezas salvar!”.

Agradeço ao município de Três Rios-RJ pelo apoio valioso e contínuo durante minha jornada de mestrado. A oportunidade da pesquisa e as conexões proporcionadas foram fundamentais para o sucesso do meu trabalho. A estreita aproximação entre o mundo acadêmico com a gestão do SUS poderá resultar em produtos interessantes, tornando-se motivação para pesquisas futuras. Isso possibilitará uma rede de conhecimento dos atores comprometidos com o bom desempenho do SUS.

Gostaria de manifestar minha apreciação aos colegas que compartilham comigo esta jornada, cujas perspectivas, troca de ideias e colaboração enriqueceram minha experiência acadêmica. Agradeço por compartilharmos desafios e sucessos ao longo dessa jornada e por cultivarmos um ambiente de aprendizado mútuo.

A todos os demais amigos que, de alguma forma, contribuíram para eu concluir esse sonho, em especial ao Diego Vinícius, Graziela Lonardoní e Elis (NATES).

"O sacrifício é a essência da conquista. É através da persistência, do esforço incansável e da renúncia que alcançamos os mais nobres objetivos acadêmicos."

Autor desconhecido

## RESUMO

A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção às Urgências para o fortalecimento e estruturação do sistema de saúde brasileiro, representou forte motivação para essa pesquisa. Ademais, continua sendo um desafio significativo para a APS, caracterizada como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizar e integrar os diferentes níveis de atenção. O objetivo deste estudo foi avaliar a atuação da APS na Rede de Atenção às Urgências, em especial na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no atendimento das urgências de baixo risco em um município-polo de médio porte no estado do Rio de Janeiro, que possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Identifica e caracteriza os atendimentos de demanda espontânea na UPA em 2023 e identifica quais os principais motivos que levam a população adscrita na ESF a procurar à UPA. Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com coleta de dados qualitativos e quantitativos primários e secundários, tendo como referência as políticas públicas vigentes, e abrangeu diversas estratégias metodológicas para coletar informações e obter uma visão abrangente do sistema de saúde do município em questão. A observação in loco da UPA e a realização de entrevistas com usuários e gestores foram importantes, para compreender a dinâmica do sistema de saúde, identificar possíveis problemas e obter feedback sobre as políticas e práticas atuais loco-regionais. Cerca de 90% dos usuários atendidos na UPA no período 2018-2022 foram classificados como risco azul, que são os usuários que necessitam de consultas de baixa complexidade. Os principais motivos dos usuários a procurarem diretamente a UPA, foram a limitação das Unidades de Saúde da Família (USF) em atenderem apenas usuários previamente agendados (50%), seguido de questões de comodidade/conveniência dos usuários (25%), enquanto desconhecimento foi de 15%. Somente 33 dos 283 entrevistados recorreram à USF antes de dirigirem-se à UPA, por não haver médico (24%) e por falta de disponibilidade de agendamento na própria USF (18%). As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (24,02%), do aparelho respiratório (15,1%), doenças infecciosas e parasitárias (11,6%), do aparelho digestivo (9,5%) dentre outras, foram os principais diagnósticos dos motivos que levaram os usuários a procurarem a UPA. As queixas principais dos usuários entrevistados foram agrupadas. Alguns problemas de saúde com maior incidência descritos pelos usuários, revelam que a maior parte deles poderia ser

atendida na USF: sintomas gripais (24%), doenças do aparelho osteomuscular (22%), infecção gastrointestinais (18%) e cefaléia foram as mais frequentes. Este estudo indica que ainda há um desafio real no dia a dia dos serviços de saúde em relação à atenção às urgências e diversos fatores enfraquecem a capacidade da atenção básica em desempenhar o papel de principal porta de entrada no SUS. Os resultados do diagnóstico organizacional, consolidados na Matriz SWOT, apontaram que os fatores positivos superam os negativos, e que com base nos pontos suscetíveis de mudança, é imprescindível elaborar um plano de ação factível e exequível, para abordar os desafios.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Atenção às Urgências. Serviços Médicos de Emergência. Unidade de Pronto Atendimento. Urgências de Baixo Risco.

## ABSTRACT

The importance of Primary Health Care (PHC) and Emergency Care for the strengthening and structuring of the Brazilian health system has been a strong motivation for this research. Furthermore, it continues to be a significant challenge for PHC, characterized as the care organizer and coordinator of Health Care Networks (RAS), to organize and integrate different levels of care. The objective of this study was to evaluate the performance of PHC in the Emergency Care Network, especially in the Emergency Care Unit (UPA), in addressing low-risk emergencies in a medium-sized pole municipality in the state of Rio de Janeiro, which has 100% coverage of the Family Health Strategy (ESF). It identifies and characterizes spontaneous demand visits to the UPA in 2023 and identifies the main reasons why the population enrolled in the ESF seeks the UPA. This is a descriptive and exploratory research with primary and secondary qualitative and quantitative data collection, referencing current public policies. It encompassed various methodological strategies to gather information and obtain a comprehensive view of the health system in question. On-site observation of the UPA and interviews with users and managers were crucial to understanding the health system's dynamics, identifying potential problems, and obtaining feedback on current local-regional policies and practices. Approximately 90% of users treated at the UPA from 2018 to 2022 were classified as blue risk, indicating users in need of low-complexity consultations. The main reasons users sought the UPA directly were the limitations of Family Health Units (USF) in attending only pre-scheduled users (50%), followed by user convenience (25%), while lack of awareness was at 15%. Only 33 out of 283 interviewees turned to the USF before going to the UPA, citing the absence of a doctor (24%) and a lack of scheduling availability at the USF (18%). Musculoskeletal and connective tissue diseases (24.02%), respiratory system diseases (15.1%), infectious and parasitic diseases (11.6%), digestive system diseases (9.5%), among others, were the main diagnoses for users seeking the UPA. The main complaints of interviewed users were grouped, and some health issues with higher incidence reported by users indicate that most of them could be addressed in the USF: flu-like symptoms (24%), musculoskeletal diseases (22%), gastrointestinal infections (18%), and headaches were the most frequent. This study indicates that there is still a real challenge in the day-to-day health services regarding emergency care, and various factors weaken the capacity of primary care to play the role of the main entry point to

the Unified Health System (SUS). The results of the organizational diagnosis, consolidated in the SWOT Matrix, indicate that positive factors outweigh the negatives, and based on change-prone areas, it is essential to develop a feasible and achievable action plan to address the challenges.

**Keywords:** Primary Health Care. Urgency Care. Emergency Medical Services. Emergency Care Unit. Low-risk Emergencies

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Figura 1	– A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção de saúde.....	29
Figura 2	– Redes temáticas de Atenção à Saúde prioritárias do MS.....	30
Figura 3	– Localização da região Centro Sul no estado do Rio de Janeiro.....	50
Figura 4	– Mapa da Região Centro Sul Fluminense.....	50
Figura 5	– Matriz SWOT.....	60
Figura 6	– Fluxograma dos motivos de exclusão dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios.....	66
Figura 7	– Fluxo de referência e contrarreferência na ESF, nos serviços de saúde, Três Rios, 2023.....	84
Figura 8	– Categoria: Organização e configuração da APS - Subcategoria, principais óbices.....	110
Figura 9	– Categoria: Articulação entre os serviços das RAS - Subcategoria, principais óbices.....	123

## LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Proporção das respostas de acordo com o dia da semana em que foi realizada a entrevista. Março 2023.....	67
Gráfico 2	– Porcentagem de respostas em relação ao dia da semana, Março 2023.....	68
Gráfico 3	– Diagrama de ramo-e-folhas mostrando a idade dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios - Março de 2023.....	69
Gráfico 4	– Boxplot (diagrama de caixa) demonstrando a idade dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios - Março de 2023.....	70
Gráfico 5	– Distribuição dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios por cidade de origem - Março 2023.....	71
Gráfico 6	– Distribuição dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios por bairro de origem, Três Rios - Março 2023.....	72
Gráfico 7	– Porcentagem de atendimentos de usuários de Bairros de Três Rios atendidos na UPA 24h Três Rios – Ano 2010.....	73
Gráfico 8	– Principais motivos dos usuários a procurarem diretamente a UPA 24h Três Rios, antes de procurarem a USF do seu bairro, Três Rios, 2023.....	76
Gráfico 9	– Principais motivos da busca pela UPA 24h Três Rios, devido à ausência de atendimento nas USF, Três Rios, 2023.....	77
Gráfico 10	– Número de atendimentos na USF do município de Três Rios, segundo o tipo de demanda e mês de ocorrência - Ano 2022.....	90
Gráfico 11	– Análise temporal do número absoluto de atendimentos de usuários na UPA 24 h Três Rios/RJ, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, entre os anos de 2018 e 2022.....	98
Gráfico 12	– Número absoluto e atendimentos de usuários na UPA 24 h Três Rios/RJ, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco – Ano 2022.....	114
Gráfico 13	– Média anual dos percentuais aplicados em saúde dos municípios da Região Centro Sul Fluminense – 2012 a 2022.....	116
Gráfico 14	– Número de usuários atendidos na UPA 24h Três Rios, por nível	

	de complexidade, avaliados pela classificação de risco, Três Rios, 2010.....	137
Gráfico 15	– Número de usuários atendidos na UPA 24h Três Rios, por nível de complexidade, avaliados pela classificação de risco, Três Rios, 2022.....	138

.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Quadro-síntese das Portarias ministeriais relacionadas as redes temáticas e títulos.....	31
Quadro 2	– Distribuição dos componentes do SAMU / município da região centro Sul Fluminense .....	42
Quadro 3	– Etapas da pesquisa relacionadas a metodologia de análise e os instrumentos de coletas de dados.....	56
Quadro 4	– Objetivos específicos da pesquisa e seus métodos e coleta de dados.....	60
Quadro 5	– Diagnósticos registrados nos atendimentos de UE da UPA 24h Três Rios, 2022.....	104
Quadro 6	– Matriz SWOT com as Fortalezas, Ameaças, Debilidades e Oportunidades da UPA 24h Três Rios e da APS do município relacionadas à organização, atendimento, financiamento e Integração.....	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Rede Hospitalar da Região Centro Sul Fluminense, 2023.....	44
Tabela 2	– Unidades de Saúde da Família com o número de indivíduos registrados no e-SUS AB.....	52
Tabela 3	– Agrupamento das queixas principais dos 283 usuários entrevistados que procuram atendimento na UPA 24h Três Rios – março de 2023.....	75
Tabela 4	– Principais diagnósticos registrados nos 283 atendimentos aos usuários da UPA 24h Três Rios, no período de março de 2023.....	79
Tabela 5	– Número de consultas médicas nos níveis da RAS no município de Três Rios, no ano de 2022.....	93
Tabela 6	– Razão de consultas médicas na APS por população estimada coberta na ESF no município de Três Rios - ano 2012.....	93
Tabela 7	– Números de consultas médicas em Atenção Especializada (0301010072) no município de Três Rios - ano 2022.....	93
Tabela 8	– Número de consultas/ atendimento de emergência (030106) no município de Três Rios ano 2012.....	94
Tabela 9	– Opção de custeio da UPA de acordo com o n.º de profissionais, atendimentos médicos e classificação de risco.....	100
Tabela 10	– Procedimentos realizados na UPA 24h Três Rios com os códigos de monitoramento definidos no art. 40 da Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) Ano: 2022.....	102
Tabela 11	– Procedimentos realizados na UPA 24h Três Rios com os códigos de monitoramento definidos no art. 40 da Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) – janeiro a abril de 2023.....	103
Tabela 12	– Série histórica dos percentuais aplicados em saúde dos municípios da Região Centro Sul Fluminense – 2012 a 2022.....	116

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACSC	Associação Congregação Santa Catarina
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado
CER	Central Estadual e Regulação
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEG	Eletroencefalograma
EUA	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
ECG	Eletrocardiograma
EMAD	Estados Unidos da América
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCNSC	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAR	Plano de Ação Regional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
RAMI	Rede de Atenção Materno-Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RCSF	Região Centro Sul Fluminense
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESDEC	A Secretaria de Segurança Defesa e Cidadania
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UE	Urgência e Emergência
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
1.1	OBJETIVOS.....	25
1.1.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>25</b>
1.1.2	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>26</b>
2.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	26
2,2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	32
2.3	A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) DA REGIÃO CENTRO SUL FLUMINENSE.....	39
2.3.1	<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - (SAMU 192).....</b>	<b>40</b>
2.3.2	<b>O Componente Hospitalar.....</b>	<b>42</b>
2.3.3	<b>A Unidade de Pronto Atendimento.....</b>	<b>45</b>
2.3.4	<b>Atenção Domiciliar.....</b>	<b>47</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>50</b>
3.1	LÓCUS DO ESTUDO.....	50
3.2	TRAJETÓRIA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	53
3.2.1	<b>Primeira Etapa.....</b>	<b>53</b>
3.2.2	<b>Segunda Etapa.....</b>	<b>54</b>
3.2.3	<b>Terceira Etapa.....</b>	<b>55</b>
3.3	RISCOS.....	61
3.4	BENEFÍCIOS.....	62
3.5	METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	63
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
<b>4</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO.....;</b>	<b>65</b>
4.1	O MOTIVO DA CONSULTA DOS ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS DA UPA 24h TRÊS RIOS.....	65
4.2	TIPIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DAS USF E DA UPA 24H TRÊS RIOS.....	82
4.2.1	<b>Tipificação dos atendimentos das USF.....</b>	<b>82</b>
4.2.2	<b>A ESF e sua divisão.....</b>	<b>83</b>
4.2.3	<b>A ESF: Fluxos de referência e contrarreferência.....</b>	<b>83</b>

4.2.4	O sistema e a tecnologia da informação.....	85
4.2.5	Parâmetros assistenciais.....	87
4.2.6	Números e tipos de atendimento na APS.....	89
4.2.7	Tipificação dos atendimentos da UPA 24h Três Rios.....	94
4.2.8	Softwares implantados e o Núcleo Interno de Regulação (NIR).....	95
4.2.9	Acolhimento com classificação de risco.....	96
4.2.10	Acesso e organização do atendimento.....	98
4.2.11	Número de atendimentos da UPA 24h Três Rios X Recursos.....	100
4.2.12	Desafios e manutenção e recursos de custeio da UPA 24h Três Rios.....	101
4.2.13	Perfil do CID dos atendimentos realizados.....	104
4.3	FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS DA UPA 24H E APS RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO, ATENDIMENTO, FINANCIAMENTO E INTEGRAÇÃO, SEGUNDO A ÓTICA DA ANÁLISE SWOT.....	106
4.4	ORGANIZAÇÃO E CONFIGURAÇÃO DA APS.....	109
4.4.1	Fatores Relacionados a Gestão.....	110
4.4.2	Atenção Primária à Saúde Desestruturada.....	111
4.4.3	UPA Superlotada de Atendimentos de Baixo Risco.....	113
4.4.4	Fatores relacionados ao financiamento e aplicabilidade de recursos	115
4.4.5	Má remuneração para os profissionais.....	117
4.4.6	APS Sucateada/baixo investimento UPA e APS.....	118
4.4.7	Fatores relacionados à política nacional de humanização.....	118
4.4.8	Ausência de classificação de risco na APS.....	120
4.5	ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DAS RAS.....	122
4.5.1	Fatores relacionados à Integração.....	123
4.5.2	Falta de Integração.....	124
4.5.3	Fatores Relacionados às RAS.....	127
4.5.4	Dificuldades de estabelecer fluxos e protocolos.....	128
4.5.5	Intercomunicabilidade dos Sistemas de Informação Inexistente.....	130
4.5.6	Referência e contrarreferências fragilizadas.....	131
4.5.7	Fatores relacionados ao atendimento das urgências de baixo risco	132
4.5.8	Busca do usuário à UPA 24h Três Rios como primeiro ponto de	

Atenção na RAS.....	134
4.5.9 Baixa resolubilidade da APS.....	136
5 CONCLUSÃO.....	140
REFERÊNCIAS.....	145
ANEXOS.....	159
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Coordenadores e Gestor da Saúde.....	159
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos usuários da UPA 24h Três Rios.....	161
ANEXO C – Declaração da Secretária de Saúde do município de Três Rios.....	163
ANEXO D – Termo de confiabilidade e sigilo da Secretária de Saúde de Três Rios.....	164
ANEXO E – Declaração Coordenadora da UPA .....	165
ANEXO F – Termo de confiabilidade e sigilo da coordenadora da UPA 24h Três Rios.....	166
ANEXO G – Parecer consubstanciado do CEP.....	167
ANEXO H – Termo de adesão ao projeto da Secretária de Saúde de Três Rios.....	173
APÊNDICES.....	174
APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas semiestruturadas coordenadores e Gestor da Saúde.....	174
APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas estruturadas aos usuários da UPA 24h Três Rios.....	175
APÊNDICE C – Ofício à secretária citando autorização da pesquisa..	176
APÊNDICE D – Autorização da Prefeitura para realização da pesquisa	179
APÊNDICE E– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a Subcategoria e fatores apontados. Categoria – Organização e configuração da APS.....	181
APÊNDICE F– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a subcategoria e fatores apontados. Categoria – Articulação entre os serviços das RAS.....	182

## 1 INTRODUÇÃO

A produção em pesquisa na área de políticas públicas em saúde, especialmente na área de Urgência e Emergência (UE), integrando os diversos serviços da Secretaria de Saúde, principalmente com a Atenção Primária à Saúde (APS) é fonte de grande motivação. Conhecer esses serviços abre outros pontos de vista sobre entender melhor esta relação entre a APS e a UE, tentando cada vez mais integrá-los.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a APS e a rede hospitalar, devendo compor uma rede organizada de atenção às urgências. Isto significa, que devem ser encaminhados à UPA, apenas casos compatíveis com a complexidade daquele ponto de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE), seja através da demanda espontânea, das viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), de outros veículos de transporte sanitário dos municípios e concessionárias de rodovias que atravessam nossa região.

Na década de 2000, precisamente em 2009, houve a inauguração, neste município, de uma Unidade de Pronto Atendimento do tipo III (UPA 24h Três Rios), possibilitou mudanças no acesso e fluxos de atendimento nos serviços de saúde, além de outras repercussões sobre o funcionamento da Atenção Básica (AB) (BANDEIRA ; MEDICI, 2011; SOUZA ; MACHADO; NORONHA, 2015).

Nesse cenário, Konder; O'dwyer (2016), ressaltam que a UPA tem como missão concentrar os atendimentos de complexidade intermediária e estabilizar pacientes graves e deve fazer parte do complexo de atenção primária, assumindo as urgências de baixa complexidade apenas fora do horário de atendimento da APS. No entanto, mesmo com estes conceitos bem definidos, os pacientes são livres para acessar os dois tipos de serviços, determinando essa escolha a partir de suas experiências anteriores, sua percepções de gravidade e sua confiança nos serviços. Apesar dos esforços na constituição de redes, há sobrecarga de atendimentos de baixo risco na UPA, visto que a APS nem sempre é capaz de acolher as urgências diante de outras tarefas e/ou falta de capacitação.

Estudos como o da Organização Pan-americana da Saúde - OPAS (2012), Starfield (2002), mostram que a APS em uma determinada população tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde. Porém, deve conciliar ações de

assistência com prevenção e promoção da saúde, bem como coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário.

Ressalta-se que Oliveira (2016) afirma que um dos principais problemas do SUS é o fato de ser “um sistema de saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas”. Mendes, (2010) afirma que a situação de saúde de tripla carga de doença com predomínio de situações crônicas não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para atender condições agudas, característico da situação de saúde brasileira.

É de fundamental importância a organização dos municípios, com identificação dos centros de referências por níveis de complexidade, no intuito de ampliar a oferta de serviços de saúde ambulatoriais, bem como as portas de entrada prioritárias da UE, leitos de retaguarda, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), compondo uma rede com acesso organizado e regulado.

A Política Nacional de Atenção às Urgência (PNAU), formulada no Brasil em 2003, tem entre seus méritos a superação da concepção de urgência apenas baseada em critérios clínicos, propondo o conceito ampliado de urgência, que incorpora a concepção advinda do usuário. A partir da PNAU, a diferenciação entre urgência/emergência é superada e substituída pelo termo “urgência” em níveis crescentes de gravidade (KONDER ; O'DWYER, 2015).

Compreendem-se as urgências de baixo risco o universo de acometimentos classificados como verde e azul, de acordo com a classificação de Manchester (GODOI, 2020).

Portanto, o interesse nesta pesquisa foi tentar, no caso de evidência de algum tipo de óbice na gestão do SUS, dar subsídios ao Gestor para modificar a realidade atual no município, por meio de intervenções organizadas e construídas, zelando para que a APS seja a principal porta de entrada do Sistema, a ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado.

Dessa forma, a pesquisa foi realizada no município de Três Rios, o qual está localizado no estado do Rio de Janeiro, que é polo da Região Centro Sul Fluminense. O município tem no setor de agropecuária sua principal atividade econômica e em relação ao seu perfil demográfico, a população estimada em 2022, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 82.142 habitantes. A Atenção

Primária à Saúde é desenvolvida preferencialmente pela Estratégia de Saúde da Família. Atualmente, a ESF de Três Rios alcança uma cobertura de 100% (TRES RIOS, 2022).

Desse modo, essa dissertação encontra-se estruturada em três capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O capítulo I refere-se a uma revisão temática das normativas que regulamentam as RAS, tratando dos fundamentos jurídicos e normativos do SUS, seguido da APS, e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). É feita uma breve discussão sobre a RUE da Região Centro Sul Fluminense (RCSF), com seus principais componentes, entre eles o SAMU, o Componente Hospitalar, a UPA e a Atenção Domiciliar.

O capítulo II traz a trajetória metodológica em consonância com os objetivos do estudo utilizados na sua consecução. Como também, apresenta as técnicas da pesquisa com suas respectivas etapas e sua delimitação temporal.

As três etapas para desenvolvimento da pesquisa são especificadas em (1) entrevistas com roteiro semiestruturado direcionado a atores da gestão, (2) entrevista estruturada do tipo “*survey*” aos usuários da UPA 24h Três Rios e, (3) pesquisa quantitativa com dados secundários sobre os atendimentos de usuários na UPA 24h Três Rios, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco.

O Capítulo II traz a metodologia de análise de dados do estudo, bem como seus aspectos éticos, riscos e benefícios.

Os resultados e as discussões do estudo encontram-se presentes no capítulo III e são divididos em 5 categorias.

A categoria 1 procura elucidar os motivos que levam os usuários a procurarem o atendimento na UPA 24h Três Rios, considerando que as Unidades de Saúde da Família - USF deveriam ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde, enquanto a categoria 2 concerne a tipificação dos atendimentos da USF e da UPA 24h Três Rios.

A categoria 3 tem o propósito de identificar os fatores positivos e negativos da UPA 24h Três Rios e da APS do município relacionados à organização, atendimento, financiamento e Integração, utilizando o método de gestão denominado análise UPA 24h Três Rios.

As categorias 4 e 5 referem-se a organização e configuração da APS e a articulação entre os serviços das RAS no município de Três Rios.

Encerrando a dissertação, temos as considerações finais onde foi possível compreender melhor como as políticas são implementadas e quais os desafios enfrentados pelo gestor local na gestão das RAS. Isso pode contribuir para aprimorar a gestão da rede de saúde e para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Avaliar a atuação da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção às Urgências, em especial na Unidade de Pronto Atendimento 24h, no atendimento das urgências de baixo risco, em um município de médio porte do estado do Rio de Janeiro.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar e caracterizar os atendimentos de demanda espontânea na Unidade de Pronto Atendimento 24h de Três Rios em 2023;
- b) Identificar quais os principais motivos, que levam a população adscrita na Estratégia Saúde da Família a procurar a Unidade de Pronto Atendimento 24h;
- c) Identificar os fatores positivos e negativos da Unidade de Pronto Atendimento 24h Três Rios e da Atenção Primária à Saúde relacionadas à organização, atendimento, financiamento e Integração.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

A Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b) revogada pela Portaria de Consolidação n.º 2 (BRASIL, 2017d), em seu artigo 6º, afirma que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem um conjunto de ações que são realizadas nos serviços de saúde, a partir sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, tem o objetivo de prestar atendimento à população dentro do Sistema Único de Saúde - SUS.

Segundo Santos (2017, p. 124), o conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como: “a sociologia, psicologia social, administração e tecnologia da informação”. Para Castells (2009), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou sociedade, intensiva em tecnologia da informação e baseada na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

De acordo com Santos (2017, p.125), diferentes conceitos coincidem em elementos comuns às redes como: “os relacionamentos relativamente estáveis, autonomia, falta de hierarquia, existência de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e troca constante e duradoura de recursos”.

As propostas da RAS como base nas políticas públicas têm sido adotadas cada vez mais, a partir da década de 1990, para superar o modelo hegemônico burocrático e hierárquico, em um contexto de crescente complexidade das questões sociais, processos de privatização, descentralização acelerada, globalização, proliferação de organizações não governamentais e fortalecimento do controle público (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Assim, as organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides hierárquicas e por um modo de produção regido pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídos por redes estruturadas em situações flexíveis e abertas com troca e interdependência de objetivos, informações, compromissos e resultados.

As redes têm sido propostas para gerenciar as políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas são complexos, onde os agentes públicos interagem no privado, central e local, em que há uma demanda crescente por benefícios e participação cidadã (ALBUQUERQUE, 2013).

As redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca deliberadamente, de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações, como descrito a seguir:

As principais vantagens das redes são a capacidade de aprendizagem, funcionando como canais de disseminação do conhecimento e uso da informação existentes para produzir novos conhecimentos; legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir a insegurança políticas e programas; e benefícios econômicos porque as relações comerciais permitem economias de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p. 124).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2011) considera que as RAS contêm seis modalidades de integração:

Um amplo conjunto de intervenções preventivas e curativas para uma população.; os espaços de integração dos diversos serviços; cuidados de saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical dos diferentes níveis de atenção; a articulação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma concepção de serviços de saúde integrados como “a gestão e oferta de serviços de saúde de tal forma que pessoas recebem um continuum de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades, ao longo do tempo e em diferentes níveis de atenção da saúde (OMS, 2011, p. 56).

De acordo com Fleury; Ouverney (2007), as redes integradas de serviços de saúde são concebidas como:

Uma rede de organizações que fornecem, ou organizam para fornecer, serviços de saúde equitativos e abrangentes para uma população definida que está disposta responsabilizar por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde a população que atende (p. 236).

E as concepções mais gerais entre as teorias de redes, em diversos campos segundo Albuquerque (2013), nos conceitos e atributos citados acima, adicionando características operacionais temáticas, os RAS podem ser definidos como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, ligados entre si para uma única missão, para objetivos comuns e para uma ação cooperativa e interdependente, que permita a oferta de atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no momento na hora certa, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, em uma humanizada

e com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.

Desta definição emergem os conteúdos básicos das RAS como:

- a) Apresentam uma missão e objetivos comuns;
- b) Operam de forma cooperativa e interdependente;
- c) Trocam constantemente seus recursos;
- d) Estabelecem-se sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizam-se de forma poliárquicas;
- e) Envolvem cuidados contínuos nos níveis primário, secundário e terciário;
- f) Requerem cuidados integrais intervenções promocionais, preventivas, curativas, assistenciais, reabilitadoras e paliativas;
- g) Funcionam sob a coordenação da APS;
- h) Fornecem cuidados oportunos nos momentos e locais certos, de forma eficiente e oferecendo segurança e eficaz, consistente com as evidências disponíveis;
- i) Focam no ciclo completo de cuidados para uma condição de saúde;
- j) Tem inquestionáveis responsabilidades sanitárias e econômicas para com sua população; e gerar valor para sua população (ALBUQUERQUE, 2013, p.145).

Para esse autor, os objetivos da RAS são melhorar a qualidade do atendimento, a qualidade de vida dos usuários, os resultados de saúde do sistema de saúde, a eficiência no uso de recursos e equidade em saúde.

Para Giovanella (2011), as redes são relações não hierárquicas onde compartilham com objetivos comuns de vários atores, com a troca de recursos entre si, com base em orçamento que a cooperação é a melhor forma de atingir estes objetivos.

Na RAS, o conceito de hierarquia é substituído pelo de poliarquia e o sistema é organizado na forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a formação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde em diferentes densidades tecnológicas e seus sistemas de suporte, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos das redes de atenção à saúde; apenas são diferenciados pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011, p. 237).

A concepção atual na regulamentação do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado de acordo com as complexidades relativas de cada nível de atenção na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

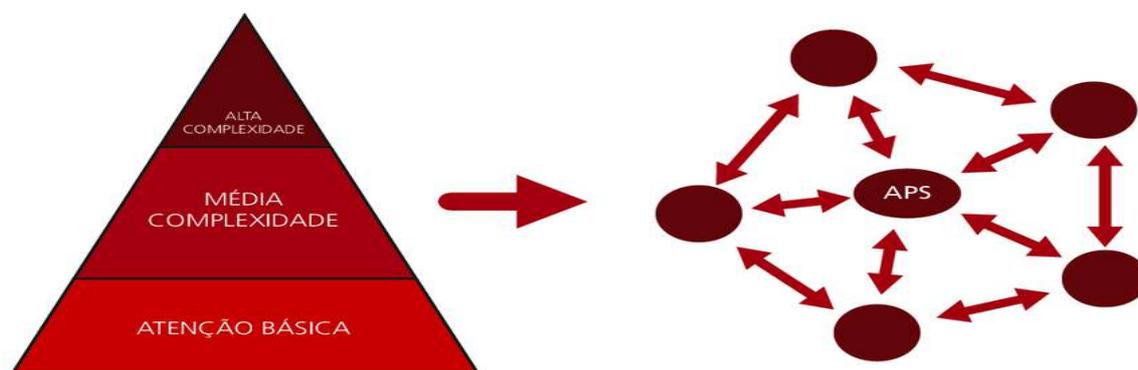
Nesse sentido, tal concepção está totalmente errada em seu significado de dicionário, e não de teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de

simples (BRASIL, 2011b).

Assim, os níveis de atenção secundária e terciária são compostos por tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maior complexidade. Uma visão tão distorcida da complexidade que conduz, consciente ou inconscientemente, políticos, gestores, profissionais de saúde e da população, a uma supervalorização, material ou simbólica, das práticas que se realizam nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde e, conseqüentemente, a uma banalização da APS (GIOVANELLA, 2011).

Dessa maneira, a concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, nas quais, respeitando as diferenças de densidades tecnológicas, as relações verticais são quebradas, redes policêntricas horizontais, como pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 — A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção de saúde.



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

As RAS são estruturadas para lidar com uma condição de saúde específica, através de um ciclo completo de atenção, o que implica a continuidade dos cuidados de saúde (cuidados primários, cuidados secundários e terciária) e a integralidade da atenção à saúde (ações para promover saúde, prevenção de condições de saúde e gestão de condições de saúde estabelecida por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos (MENDES, 2011).

Conforme Mendes (2011), a RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com sua população designada, vinculada a APS. A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, mesmo diante de tantas diversidades sociais, ainda leva o sistema de saúde a ser mais efetivo e ter menos custos sendo suficiente para a

população. Para esse autor, a atuação de uma RAS, é valorizar a atenção à saúde se expressa na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados na atenção à saúde.

Tendo como norte a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), o Ministério da Saúde - MS priorizou as seguintes redes temáticas: Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde. A figura 2 abaixo exemplifica:

Figura 2 — Redes temáticas de Atenção à Saúde prioritárias do MS.



Fonte: <https://redehumanizaus.net/89796-redes-tematicas-de-atencao-a-saude-prioritarias-do-ms/>.

O Ministério da Saúde promulgou a Portaria n.º 4.279 em 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), revogada pela Portaria de Consolidação n.º 3 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e), onde definiu as orientações para a organização das RAS no contexto do SUS, as redes estabelecidas foram estruturadas inicialmente seguindo portarias específicas, conforme quadro detalhado abaixo:

Quadro 01 – Quadro-síntese das Portarias ministeriais relacionadas às redes temáticas e títulos.

REDE TEMÁTICA	PORTARIA	TÍTULO
Rede Cegonha.	Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011.	Institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha.
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências.	Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012.	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
Rede de Atenção Psicossocial.	Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011.	Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Rede de Urgência e Emergência.	Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011.	Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS
Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas.	Portaria n.º 438, de 01 de abril de 2014.	redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Fonte: elaborado pelo autor.

O Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que regulamenta a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) determina, em seu art. 8º, que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011b). Dispõe, ainda, em seu art. 9.º, que:

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - De atenção primária;
- II - De atenção de urgência e emergência;
- III - De atenção psicossocial; e
- IV - Especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011b, art. 9).

Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas “portas de entrada”. Assim, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária à Saúde, que deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo em critério cronológico (BRASIL,

2011b).

Desta forma, para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, os entes federativos devem garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que a Portaria de Consolidação n.º 3 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e), contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do SUS, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2017e).

## 2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As terminologias Atenção Primária, Atenção Básica à Saúde e Saúde da Família ainda causam algumas inconstâncias quanto a utilização de cada termo. Os três termos são usados de forma intercambiável e sinalizam a perspectiva das unidades de saúde locais ou o nível de atenção. Gil (2006) concluiu que os dois termos têm sido usados indistintamente. Alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência.

O termo APS (*Primary Health Care*), traduzido literalmente do inglês, possui um significado diferente quando comparado com o termo "*Primary*" em português. Enquanto em inglês "*Primary*" pode ser traduzido como primário ou principal, em português o termo "primário" tem uma conotação diferente, não sendo diretamente equivalente.

Por outro lado, a palavra "básica", não apresenta regionalismos e seu principal sinônimo é "essencial". Por essa razão, a autora recomenda a utilização da expressão "Atenção Básica" e destaca as várias derivações que surgiram a partir da Conferência de Alma-Ata em relação à sua proposta original, como, por exemplo, a "atenção primária à saúde", "atenção primária seletiva", "atenção primária orientada para a comunidade" e a mais recente, "atenção primária renovada" (CORREIA, 2010, p. 40).

Segundo Mendes (2015), o conceito de APS foi estabelecido em 1979 na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, organizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF. Com o objetivo de divulgar modelos internacionais de atenção em que a população constituía um agente fundamental na produção em saúde, foram apresentadas experiências (selecionadas por seu significado em termos de tamanho e complexidade) implementado na China, Tanzânia, Bangladesh, Índia, Venezuela, Cuba, Iugoslávia, Níger e Nigéria (OMS, 2011).

O evento culminou com a preparação da Declaração de Alma-Ata, na qual ratificou a definição de saúde proposta pela OMS, que a concebe como um estado completo bem-estar físico, mental e social, e foi acordado que a APS, entendida como cuidados essenciais de saúde acessíveis a todos os indivíduos e famílias, por meios aceitáveis para eles, com sua plena participação e a um custo viável para a sociedade, foi essencial para melhorar o nível de saúde população (SOARES; LIMA; CASTRO, 2014, p. 170).

A Atenção Básica refere-se ao nível de atenção que proporciona às pessoas acesso contínuo ao SUS. Propor e funcionalizar serviços de saúde reafirma valores sociais como o direito à saúde (NICOLAU; FARIA; PALOS, 2021).

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto no nível individual quanto coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de riscos e manutenção da saúde levando ao cuidado total, repercutindo nas condições de saúde e independência do usuário.

Assim, se desenvolve aplicando práticas democráticas e participativas de cuidado e gestão na forma de trabalho em equipe. Utiliza uma variedade de tecnologias assistenciais sofisticadas e diversificadas, para ajudar a atender às necessidades e exigências de saúde mais frequentes e urgentes em seu território. Respeita os critérios de risco, vulnerabilidade, flexibilidade e a obrigatoriedade em aceitar às demandas e acolhimento de qualquer necessidade de saúde ou sofrimento (BRASIL, 2006).

Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da população com a rede de atenção, longitudinalidade (obrigação longitudinal de cuidado), caracterizando o seguimento dos usuários ao longo do tempo, com responsabilidade e confiança profissional. Para esse autor, as APS assumem a existência de uma rede de serviços

em diferentes níveis de complexidade e capacitância. Segundo a autora, a APS também exige a coordenação do cuidado por meio de registros, informações claras e precisos e coordenação entre os serviços.

A abordagem familiar e a orientação comunitária também seriam de responsabilidade das APS, pautados pela competência cultural do profissional que atua na APS.

A APS pode ser definida e conceituada a partir de perspectivas diferentes. Frequentemente, em nosso meio é considerado como uma parte do sistema de saúde sendo porta de entrada que os usuários e pacientes inicialmente fazem contato com os serviços de saúde (MENDES, 2015).

A partir de 1994, o Brasil implementou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como ESF (Estratégia Saúde da Família). Seu propósito é assegurar as diretrizes estabelecidas no art. 198 da Constituição Federal, as quais estão fundamentadas nos princípios da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

A atuação da ESF é orientada por cinco princípios-chave: universalidade do acesso, integralidade dos cuidados, participação ativa da comunidade, igualdade na assistência e regionalização. Nesse prisma, os princípios são aplicados na gestão da atenção primária por meio de um processo denominado territorialização.

Desse modo, a territorialização viabiliza a materialização dos ideais da Saúde da Família, possibilitando o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, garantindo cuidados completos e abrangentes, envolvendo a comunidade de forma ativa e engajada, bem como promovendo a equidade no atendimento e considerando particularidades regionais para uma melhor organização do sistema de saúde.

A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi introduzida pelo Ministério da Saúde através da Portaria n° 648 em 28 de março de 2006. Desde então, foram sucedidas pela Portarias n° 2.488 de 21 de outubro de 2011 e posteriormente pela Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), que foi revogada pela Portaria de Consolidação n° 2 (BRASIL, 2017d).

Cabe ressaltar que em todas as versões da PNAB, destaca-se o papel crucial atribuído a Atenção Básica, como “porta de entrada” para os usuários, tendo a ESF o modelo de atenção preposto.

A gestão dos processos de trabalho de uma equipe de ESF é fundamentada nos princípios e diretrizes estabelecidos na PNAB, sendo esses: a descrição de território, assegurando a vinculação dos usuários à equipe; acesso universal,

contínuo, de qualidade e resolutivo; estabelecimento de vínculo e responsabilização entre usuário e equipe; integralidade das ações, garantindo atendimento programático e espontâneo nas áreas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde; e promoção da participação ativa do usuário, ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado (BRASIL, 2017b).

A Declaração de Alma-Ata (1978), também propõe alguns princípios básicos que devem permear a APS como ação comunitária, definida como participação de seus membros no planejamento, financiamento, organização, operação e controle dos serviços de saúde ou intersetorialidade, entendida como a intervenção coordenada de instituições, governamentais e não governamentais, de mais de um setor social, que compartilham seus recursos em ações voltadas ao tratamento de problemas relacionados à saúde (STARFIELD, 2002).

Nesse cenário, os princípios aliados à descentralização, que se referem à capacidade de tomar decisões de acordo com a disponibilidade de recursos em cada um dos níveis de gestão e com base nas necessidades sociais da área e na tecnologia apropriada (concebido como aquilo que está disponível, assimilável, sustentável e utilizado racionalmente pela comunidade) são apontados por Fausto (2018), como eixos fundamentais da APS. O conceito de intersetorialidade é destacado por autores que defendem que para proporcionar saúde não bastam os sistemas de saúde eficientes.

Nesse sentido, Fausto (2018), considera que a APS é um chamado para a prática intersetorial com o objetivo de garantir o direito universal à saúde, com base na garantia dos cuidados de saúde essencial às populações e com isso, a melhoria dos perfis de bem-estar, entendida como a acessibilidade de toda a população aos serviços de saúde, habitação e educação, entre outros.

De acordo com Fausto (2018), a APS pode ser entendida como uma política pública onde os recursos não provêm necessariamente do sistema de saúde e os benefícios não se limitam ao estado de saúde de indivíduos e populações. Outros autores como Soares; Lima e Castro (2014) argumentam que a APS se caracteriza por incluir mais políticas sociais amplas, como o acesso universal aos serviços de saúde.

Nesse contexto, os autores associam a APS à mobilização das diferentes forças da sociedade em torno da transformação do sistema de saúde de acordo com os valores da equidade, solidariedade e participação. Fausto (2018) considera que a

APS é um componente chave da política internacional de saúde, pois constitui a expressão de uma política pública global adotada pelos governos interessados para resolver o problema de equidade em saúde.

Com o objetivo de fortalecer a atenção primária, que é uma das principais metas do Pacto pela Vida, e solidificar a ESF como referência na APS no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019). Esse programa visa implementar um novo modelo de financiamento para a APS no país.

Com essa legislação, o financiamento da APS no Brasil é composto por três modalidades distintas: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Nesta última modalidade, estão incluídos recursos destinados à Gestão de Recursos Humanos e ações educacionais, como o financiamento de programas de residência médica e multiprofissional na APS.

Essa política tem como objetivo prover profissionais médicos para atuar na prática da APS nos municípios e está atualmente em fase de implantação e adesão.

A APS inclui uma gama mais ampla de atividades, algumas das quais não são de responsabilidade direta ou exclusivamente dos sistemas de saúde de muitos países desenvolvidos, mas fazem parte dos determinantes do nível de saúde coletiva ou comunidade.

O MS empenha-se muito na reorganização da Atenção Básica - AB, principalmente através da ESF. Desse modo, espera-se que a atenção básica se transforme na principal porta de entrada do sistema de saúde e que garanta acesso universal à saúde básica para a população brasileira.

A melhora no acesso ao sistema e o aumento da resolutividade da assistência pretendido pelo PSF deve amenizar a busca de atendimento na emergência, especialmente por problemas de alcance da atenção básica (O'DWYER, et al., 2017).

A ESF surgiu em 1994, como um plano do Ministério da Saúde – MS para reorganizar os serviços de atenção básica e implementar a atenção básica à saúde e mudar o modelo assistencial vigente no país, modificando o paradigma orientado às doenças, baseado, à promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção às doenças crônicas, considerando o contexto da área de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BOUSQUAT, 2019).

Conforme destacado por Silva; Pereira; Esquita (2013), o processo de trabalho em saúde constitui um universo abrangente que envolve conhecimentos e interações

humanas, resultando não apenas na transformação física do indivíduo, mas também na sua subjetividade.

Por essa razão, o trabalho na ESF é fundamentado em uma abordagem interdisciplinar, valorizando a diversidade de saberes e práticas, com o propósito de promover uma abordagem integral e resolutiva em relação ao sujeito.

Segundo a Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), a Saúde da Família tem sua principal atuação da Atenção Primária Saúde APS a ESF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua proposta é aumentar as soluções dos problemas de saúde-doença na APS, com atendimentos domiciliares, em locais da comunidade ou na própria unidade básica de saúde, para que possa diminuir as demandas de especialistas e internações (BRASIL, 2017b).

Cada equipe da ESF é composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Essas equipes desenvolvem ações no território da UBS onde estão inseridas.

Dentro da UBS, além das ações específicas da ESF, já descritas, realizam procedimentos como curativos, atendimento à demanda espontânea, vacinação, medicação, dispensação de medicamentos, entre outros (ROSA; LABATE, 2015).

Para Bousquat (2017, p. 45), as equipes atuam com as seguintes ferramentas: “Consultas médicas e de enfermagem; Grupos educativos e encontros com a comunidade; Visitas domiciliares e Reuniões de equipe”.

Dentre alguns princípios norteadores da ESF, podemos citar o vínculo com o usuário do serviço, integralidade, participação social, intersetorialidade e outros. Tais princípios fazem emergir diversos resultados favoráveis à população no que diz respeito ao cuidado em saúde (BRASIL, 2017b).

Segundo Castro; Cipriano Junior e Martinho (2018), a ESF se fundamenta na integração de profissionais de várias áreas de conhecimento, para solucionar os problemas apresentados pela comunidade assistida pelo programa.

Para que trabalho seja cumprido com êxito, é indispensável que haja uma interação entre os agentes que compõem as equipes multiprofissionais / multidisciplinares, para que haja cooperação entre eles e possam comunicar-se diariamente, em prol da melhoria das condições de saúde da região abordada. Outrossim, os saberes e as práticas associadas as equipes, assegurarão a resolução dos problemas de saúde da população.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), foi instituído pela Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, revogada pela Portaria de Consolidação n.º 2 (BRASIL, 2017d). Neste Programa, equipes de avaliadores coordenadas por instituições de pesquisa conduzem avaliações in loco.

Essas avaliações abrangem a análise da estrutura física, além de um amplo leque de ações e formas de organização dos processos de trabalho. Ao término do processo, é atribuído um conceito que condiciona o repasse de incentivo financeiro federal adicional para cada equipe de saúde avaliada.

Em 2017, a Região Centro Sul Fluminense passou por uma avaliação que revelou alguns desafios significativos, apesar da abrangente cobertura da ESF. Na avaliação, 40% das equipes de APS da região foram classificadas como regulares ou ruins.

Além disso, a região apresentou resultados abaixo do esperado em indicadores tradicionais para esse nível de atenção (RIO DE JANEIRO, 2020).

O financiamento da APS, no Brasil, passou por uma transição significativa, migrando de um modelo de custeio baseado nas equipes, para um novo modelo que incentiva o desempenho através de indicadores, por meio do Programa Previne Brasil, estabelecido na Portaria n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, tal programa tem como objetivo fortalecer a atenção primária, que é uma das principais metas do Pacto pela Vida, e estabelecer a ESF como referência na APS no Brasil.

Com base nesta legislação, o financiamento da APS, no Brasil, passa a ser composto por três modalidades distintas: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A última modalidade engloba a Gestão de Recursos Humanos e ações educacionais, como o financiamento de programas de residência médica e multiprofissional na APS.

Essa política visa proporcionar a presença de profissionais médicos na prática da APS nos municípios e encontra-se atualmente em fase de implantação e adesão.

### 2.3 A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) DA REGIÃO CENTRO SUL FLUMINENSE

O Ministério da Saúde promoveu em 2011 uma revisão na Política Nacional de Atenção às Urgências, que estava em vigor desde 2003. Isso foi realizado por meio das Portarias GM/MS n.º 1.600 e GM/MS n.º 1.601, ambas datadas de 7 de julho daquele mesmo ano. A primeira destas portarias não apenas reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) como também estabeleceu a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2017 a; BRASIL, 2017f).

A mudança mais significativa introduzida nesse contexto foi a adoção do conceito de "acolhimento com classificação de risco" (conforme descrito no artigo 2º, item I, e no artigo 3º, parágrafo 3º). Esse conceito representou uma inovação fundamental na política de atenção às urgências e emergências do Brasil, sendo utilizado pela primeira vez.

Desse modo, a RUE ainda se encontra em fase de implantação na RCSF, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Assim, o PAR é o instrumento de Planejamento Regional da rede de Urgência e Emergência que contempla o detalhamento técnico de cada componente da Rede, o seu desenho, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos.

O primeiro Plano de Ação Regional (PAR) da RUE da RCSF<sup>1</sup> foi aprovado pela Deliberação CIB-RJ n.º 2.094 de 13 de dezembro de 2012, e elaborado pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências da RCSF do estado do Rio de Janeiro – RJ, com apoio da Comissão Intergestores Regional Centro Sul.

Esta Deliberação foi publicada no Diário Oficial n.º 01 (Parte 01 – Poder Executivo) de 02 de janeiro de 2013. Posteriormente ele foi atualizado por intermédio das Deliberações CIB-RJ n.º 2.648, de 12 de dezembro de 2013, e Deliberações CIB-RJ n.º 5.287, de 10 de maio de 2018. O PAR foi atualizado conforme Deliberação CIR CS-RJ n.º 05 de 17 de fevereiro de 2022.

Posto isso, o município de Três Rios ainda aguarda Portaria do Ministério da Saúde aprovando todas as etapas do PAR da Rede de Urgência e Emergência da

---

<sup>1</sup> <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2258-plano-regional-centro-sul/file.html>

Região Centro Sul Fluminense. Conseqüentemente, o financiamento dos serviços de urgência e emergência tem se mostrado cada vez mais insuficiente. Tal fator se deve ao baixo financiamento federal e a ausência de contrapartida do estado nos componentes desta própria rede.

A expectativa de maior captação de recursos federais a partir da implantação da RUE, mostrou-se, em parte, frustrada. Os cofinanciamentos estaduais perderam continuidade nos últimos anos.

Na RCSF tem se verificado uma sobrecarga nos orçamentos municipais no sentido de manter os serviços de UE, pois os recursos estão cada vez mais escassos, devido ao baixo financiamento federal e estadual.

Nesse sentido, criou-se uma expectativa muito grande na tentativa de captação de recursos federais a partir da implantação da RUE, porém em parte frustrada. Em vista dos fatos apresentado, o Plano de Ação Regional teve liberação parcial de recursos federais.

Para Cyrino (2017), a RUE foi proposta para articular e integrar equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso dos usuários nas urgências e emergências de forma ágil e tempestiva, tendo como componentes: promoção da saúde, prevenção e vigilância; atenção primária; SAMU; sala de estabilização; Força Nacional de Saúde; UPA; hospitalar e domiciliar.

A conformação de redes pressupõe um planejamento regionalizado por meio da articulação entre estados e municípios.

### **2.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**

O Ministério da Saúde através da Portaria n.º 2.970, de 8 de dezembro de 2008, institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede SAMU Nacional 192.

O objetivo é fomentar a regionalização do SAMU 192, a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos definidos.

A Portaria n.º 1.010, de 21 de maio de 2012, redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente

da Rede de Atenção às Urgências ficando revogadas a Portarias n.º 2.026 de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2016a).

A Portaria n.º 2.301 de 29 de setembro de 2011 e a Portaria n.º 2.649/GM/MS, de 7 de novembro de 2011. A Portaria n.º 1.010, de 21 de maio de 2012 foi revogada pela Portaria de Consolidação n.º 6 (BRASIL, 2017f).

A Secretaria de Saúde e Defesa Civil do estado do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ) através da Resolução SESDEC n.º 239 de 12 de março de 2008, publicado no Diário Oficial de 14 de março de 2008, formalizou a criação do SAMU Regional do Interior do Estado do RJ.

À vista disso, visando ampliar e qualificar a atenção pré-hospitalar móvel na Região Centro-Sul Fluminense, o Consórcio Intermunicipal de Saúde desta mesma Região elaborou o plano de ação para implantação do SAMU Regional e posteriormente foi encaminhado ao Colegiado de Gestão Regional (CGR), atual Comissão Intergestores Regional (CIR) para os trâmites normais.

O plano foi pactuado na CIR, encaminhado e aprovado pela CIB- RJ através da Deliberação CIB – RJ n.º 874 de 30 de março de 2010 e alterado pela Deliberação CIB – RJ n.º 962 de 22 de junho de 2010, aprovando a implantação do SAMU da Região Centro Sul Fluminense. Importante frisar que esta distribuição de viaturas se baseou na Deliberação CIB-RJ n.º 962 de 22 de junho de 2010.

A Portaria n.º 4.181, de 17 de dezembro de 2010, destinou recursos financeiros para construção da Central, aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de tecnologia da informática e rede ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional do Centro Sul Fluminense – RJ, e a Portaria n.º 1.132, de 31 de maio de 2012, habilitou a Central de Regulação das Urgências em Três Rios a bem com as ambulâncias de Suporte Básico e Avançado (USB e USA). A Central de Regulação do SAMU da RCSF está localizado na Avenida Zoello Sola n.º 471, Bairro: Triângulo - Três Rios – RJ.

Em relação ao SAMU 192, a região ainda não conta com recursos federais de qualificação de todas as unidades, nem com a contrapartida estadual prevista pelas Resoluções SES n.º 1468, de 12 de dezembro de 2016; n.º 1.589, de 22 de setembro de 2017 e n.º 1.705, de 23 de julho de 2018. O SAMU encontra-se em funcionamento na RCSF desde 2012, conforme Portaria n.º 1.132, de 31 de maio de 2012. Todos os municípios desta mesma Região são cobertos pelo SAMU. Segue abaixo o quadro 2 com a distribuição das viaturas do SAMU (RIO DE JANEIRO, 2020).

Quadro 2 — Distribuição dos componentes do SAMU - municípios da região Centro Sul Fluminense.

MUNICÍPIO	FROTA	POPULAÇÃO COBERTA	PORTARIAS HABILITAÇÃO	PORTARIAS QUALIFICAÇÃO/RENOVAÇÃO QUALIFICAÇÃO
Areal	1 USB	12.669	Portaria n.º 1.088 de 23/05/2014	
Com. Levy Gasparian	1 USB	8.576	Portaria n.º 3.188 de 27/11/2017	Portaria n.º 474 de 20/03/2020 Q
Eng. Paulo de Frontin	1 USB	14.071	Portaria n.º 3.672 de 14/11/2018	
Mendes	CONSORCIADO A ENG PAULO DE FRONTIN	18.648		
Miguel Pereira	1 USB	25.581	Portaria n.º 2.528 de 8/11/2012	Portaria n.º 3.512 de 17/12/2019 Q
Paracambi	1 USB	52.683	Portaria n.º 3.084, de 07/10/2010 Elegível a Renovação de frota – Portaria n.º 4.298 de 27/12/2018	Portaria n.º 3.512 de 17/12/2019 Q
Paraíba do Sul	1 USB	44.518	Portaria n.º 1.753 de 17/08/2012	Portaria n.º 3.512 de 17/12/2019 Q
Paty do Alferes	1 USB	27.858	PORTARIA n.º 1.521 de 17/07/2021	
Sapucaia	1 USB	18.249	Portaria n.º 1.753 de 17/08/2012	
Três Rios	Central de Regulação	82.142	Portaria n.º 1.132 DE 31/05/2012	Portaria n.º 3.146 de 28/12/2016 Q Portaria n.º 3.730 de 22/11/2018 R
	1 USB			
	1 USA			
Vassouras	1 USB	37.083	Portaria n.º 3.145 de 28/12/2012 Elegível a Renovação de frota – Portaria n.º 4.298	Portaria n.º 1.524, de 6 de julho de 2021

Fonte: Elaborado pelo autor (Deliberação CIR CS-RJ n.º 05 de 17 de fevereiro de 2022).

### 2.3.2 O Componente Hospitalar

O componente hospitalar desempenha um papel central e estratégico na RUE no âmbito do SUS. Segundo Brasil (2011e), foi instituído através da Portaria n.º 2.395, de 11 de outubro de 2011 (inserida nas Portarias de Consolidação n.º 3 (BRASIL, 2017e) e n.º 6 (BRASIL, 2017f), ambas de 28 de setembro de 2017, e esta

organização se verifica por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria.

Posteriormente, a Portaria n.º 2.809 de 07 de dezembro de 2012, Portaria de Consolidação n.º 3 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e), estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda a esta mesma rede. As unidades hospitalares, que compõem a RUE, são notáveis pelo seu papel fundamental na rede, atuando como ponto de entrada primordial para cuidados hospitalares de urgência, atendendo tanto as demandas encaminhadas por outras instâncias como os casos de busca espontânea.

No município de Três Rios, existe o Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição (HCNSC) - Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), que é de médio porte, filantrópico de nível hierárquico 8, com 102 leitos ativos; além de 05 leitos de observação de adultos e 01 leito de observação pediátrico na unidade de urgência e emergência.

O HCNSC/ACSC é uma instituição de saúde contratualizada e prioriza as linhas de cuidado cérebro vascular, traumatológica e pediátrica. Dessa forma, o referido setor é habilitado em alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Neurologia/Neurocirurgia e em UTI II adulto. É a única referência hospitalar para as urgências e emergências da Microrregião Centro-Sul Fluminense e referência em Ortopedia de Média Complexidade.

Desse modo, o hospital é de suma importância na Rede de Urgência e Emergência, e foi habilitado como Hospital Estratégico, nos termos da Deliberação CIB-RJ n.º 2.094 de 13 de dezembro de 2012. A Portaria n.º 1.609, de 30 de setembro de 2015, revogada pela Portaria de consolidação n.º 6 (BRASIL, 2017e) remanejou recursos do limite financeiro anual do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro, aprovando o Componente Hospitalar das Etapas II e III do PAR UE-CSF do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro e alocou recursos financeiros para suas implantações, contemplando o HCNSC/ACSC como Porta de entrada hospitalar de urgência.

No que se refere ao componente atenção hospitalar, existe um déficit de 38 leitos clínicos e cirúrgicos na RCSF e que foi oficializado através da Deliberação CIR

CS n° 66 de 27 de novembro de 2018. Este déficit é um dos principais problemas de saúde da RCSF, que impacta negativamente na retaguarda dos serviços de urgência e emergência.

A deficiência na atenção à crise em saúde mental na RCSF tem trazido vários óbices aos serviços de UE. Mesmo com a homologação do protocolo regional em saúde mental pela CIR-CS em 2017, ainda é possível identificar dificuldades no atendimento das crises agudas nas unidades de emergência em saúde mental, que funcionam como portas de entrada. Essas dificuldades ocorrem devido à falta de conhecimento e compreensão por parte das equipes em relação aos procedimentos descritos no protocolo (RIO DE JANEIRO, 2020).

Outra dificuldade verificada na RCSF é a implementação dos leitos em saúde mental nos hospitais gerais nos municípios que foram contemplados com subsídio de implantação, bem como sua identificação como dispositivos da RUE. Mesmo com a publicação das Portarias n.º 3.659 de 14 de novembro de 2018, que suspende o repasse de custeio de unidades da RAPS, e a Portaria n.º 3.718 de 22 de novembro de 2018, que solicita a devolução de incentivo de implantação, trazem grandes problemas e incertezas quanto a continuidade de financiamento sobrecarregando cada vez mais as UE.

A rede hospitalar da RCSF é composta por 10 (dez) hospitais e conforme consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em abril de 2022, seguem abaixo listados ao lado dos seus respectivos municípios como mostra na Tabela 1.

Tabela 1— Rede Hospitalar da Região Centro Sul Fluminense, 2023 (continuação).

Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	Areal
Hospital Nelson Salles	Engenheiro Paulo de Frontin
Hospital Municipal Santa Maria	Mendes
Hospital Municipal de Miguel Pereira	Miguel Pereira
Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça	Paracambi
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (gestão estadual)	Paraíba do Sul
Hospital Nossa Senhora da Piedade	Paraíba do Sul
Hospital de Clinicas Nossa Senhora da Conceição	Três Rios
Hospital Universitário de Vassouras	Vassouras
Hospital Eufrásia Teixeira Leite	Vassouras

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Sediado no município de Paraíba do Sul, o Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, está sob Gestão Estadual e seu atendimento de forma eletiva a todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro. É um hospital referenciado e não atende emergências.

Levando em consideração a todos estes aspectos, há ainda uma Implantação incompleta das linhas de cuidado prioritárias no componente atenção hospitalar da RUE (RIO DE JANEIRO, 2020).

### **2.3.3 A Unidade de Pronto Atendimento – UPA**

O Ministério da Saúde publicou em 13 de maio de 2009, a Portaria n.º 1.020 que estabelece as diretrizes para a organização da UPA definindo suas competências e responsabilidades, seu funcionamento (24 horas por dia, todos os dias da semana), a formação de equipes interdisciplinares, protocolos de atendimento clínico, procedimentos administrativos dentre outros. A referida portaria substitui a Portaria n.º 2.922 de 2 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008), que tratava da implantação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA.

Uma vez instaladas, a UPA organizaram e regulamentaram o acesso aos serviços de saúde, hospitais e a rede de forma mais ampla, funcionando como uma "nova porta" de entrada do sistema. O vínculo anterior à entrada no sistema era o SAMU, que com as ligações telefônicas e atendimento por meio de ambulâncias classificadas de acordo com a critérios de gravidade, A UPA foram os principais componentes fixo de emergência pré-hospitalar e constituíram unidades intermediárias entre os cuidados básicos e hospitalização (KONDER; O'DWYER, 2015, p. 537).

A Resolução SES–RJ n.º 966 de 21 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial n.º 233 de 22 de dezembro de 2009, instituiu e regulamentou o incentivo financeiro para a Secretaria Municipal de saúde de Três Rios, estabelecendo o repasse que foi incorporado ao Teto Financeiro do Fundo Municipal de Saúde do município.

A UPA 24h Três Rios foi inaugurada no dia 23 de dezembro de 2009 e habilitada pela Portaria n.º 1.799 de 11 de agosto de 2009, e posteriormente qualificada conforme Portaria n.º 884 de 22 de agosto de 2012. A Resolução SES n.º 273/2012, estabelece o repasse estadual para a referida UPA e a Deliberação CIB-RJ n.º 3.691 de 10 de março de 2016 repactua o seu cofinanciamento.

A inauguração no município de uma UPA, em 01 de janeiro de 2009, trouxe e oportunizou algumas mudanças no acesso e fluxos de atendimento nos serviços de saúde, além de outras repercussões sobre o funcionamento da Atenção Básica.

A UPA de Três Rios proporcionou o estabelecimento de um novo fluxo de atenção às urgências e emergências, no qual a UPA teria o papel de garantir referência para toda a rede básica, regulando ainda as internações nos hospitais de referência da microrregião (SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015).

Existe a preocupação em estabelecer o fluxo de referência para a UPA, organizado em parceria com a Estratégia de Saúde da Família que tem uma íntima relação com a própria UPA.

A UPA 24h Três Rios é uma unidade que integra a administração pública do município de Três Rios, porém atende a maioria dos municípios da RCSF principalmente Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Areal e Paraíba do Sul. Atende também aos municípios do Estado de Minas Gerais (Chiador e Santana do Deserto). Uma população flutuante que gira em torno de 400 mil. Este equipamento de saúde é imprescindível no atendimento desta população loco regional, sem a qual ficaria inviável a existência de qualquer outro dispositivo da RUE, como o próprio SAMU ou porta de entrada Hospitalar.

Com a implantação da UPA em 2009, houve uma Integração com outros setores/órgãos loco regionais como: Secretaria de Promoção Social: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Ministério Público, Polícia Militar, Polícia Civil, Conselho do Idoso e Tutelar dentre outros. Há também uma Interação muito boa com os setores internos da Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Três Rios como a Atenção Básica, Saúde Mental, Setor de Epidemiologia (DST/AIDS, Tuberculose), Imunização, Saúde Bucal (CEO), Saúde da Mulher e outros (BANDEIRA; MÈDICI, 2011; SOUZA, 2011; SOUZA, 2015).

Na UPA, está implantado o protocolo de classificação de risco, que permite o atendimento oportuno dos casos mais graves e o contra referenciamento dos casos mais simples para a rede básica. A implantação da UPA 24h Três Rios teve como objetivo melhorar o atendimento da rede de serviços de saúde do Município e microrregião, diminuindo assim as filas de atendimento em hospitais, com um atendimento humanizado e profissional, com equipes treinadas para classificar riscos e direcionar usuários para unidades básicas e especializadas do sistema, o que

garantia continuidade ao tratamento. No intuito de otimizar os serviços da UPA foi elaborado o Protocolo de Regulação de Acesso para o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Fixo da UPA do Município de Três Rios. Este protocolo foi pactuado entre os Gestores de Saúde da Região Centro-Sul Fluminense, conforme ata do Colegiado de Gestão Regional – Centro-Sul Fluminense em 25/03/2010.

As informações assistenciais da UPA 24h Três Rios contribuem muito para o processo de planejamento da expansão da Rede Básica e de integração das Unidades de Saúde do município e região com o subsistema de atenção às urgências e emergências. Desde sua inauguração em 2009, a equipe multidisciplinar da UPA, foi capacitada para compreender o papel, atribuições e inserção da Unidade Pré-Hospitalar Fixa, na rede loco-regional de atenção à saúde.

A análise permanente dos dados epidemiológicos da assistência através das ações de controle, monitoramento e avaliação do padrão de morbimortalidade da região de saúde feita pela UPA 24h Três Rios, subsidia a gestão e servem como uma ferramenta estratégica para o planejamento e intervenção na gestão municipal, além do mais funcionou (e funciona) como uma Unidade Sentinela para patologias de notificação compulsória (BANDEIRA; MÉDICI, 2011; SOUZA, 2011; SOUZA, 2015).

As políticas de reorganização do sistema de urgência e emergência são relativamente recentes. A indução federal para as diferentes políticas que reorientam o modelo assistencial centrado na atenção básica como porta de entrada principal do SUS tem sido implementada no município de Três Rios, além da implantação das redes Temáticas prioritárias sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde - SES-RJ.

Há uma UPA construída no município de Vassouras, conforme Portaria n.º 1.580 de 1º de agosto de 2013, porém ainda não foi inaugurada.

#### **2.3.4 Atenção Domiciliar**

A Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, foi instituída pela Portaria n.º 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013 a) e posteriormente pela Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a). No município de Três Rios a Atenção Domiciliar foi habilitada pela Portaria n.º 826, de 23 de julho de 2013.

A assistência domiciliar é uma estratégia de serviço à saúde desenvolvida desde os primeiros tempos. No Brasil, essa estratégia foi quase sempre relacionada

ao campo de programas de Saúde Coletiva especificamente para a saúde e controle de doenças infectocontagiosas e programas de materno e infantil. Só na última década, o atendimento domiciliar ficou voltado, especialmente, em pacientes com lesões a longo prazo, incapacitante ou em estágio terminal.

O atendimento domiciliar está em pauta diante das demandas sociais relacionadas ao perfil demográfico e epidemiológico da população e da organização do sistema de saúde brasileira, enquanto a referida estratégia tem sido implementada em organizações públicas e privadas.

Algumas iniciativas têm mostrado resultados promissores, para identificar as necessidades sociais e de saúde da população, a fim de contribuir para a diminuição do número de complicações clínicas, mortes e internações.

Assistência domiciliar é um componente de atenção integral à saúde pelo qual os serviços são prestados a indivíduos e famílias em seus locais de residência para efeitos de restabelecimento da saúde ou minimizar os efeitos da doença e incapacidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, a área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde (BRASIL, 2006, p. 55).

Em programas de atenção domiciliar, ações devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar a partir de um diagnóstico da realidade em que está inserido o paciente, e considerando suas limitações e possibilidades do paciente. Assim, a atenção domiciliar tem como objetivo promover, manter e / ou a reabilitação da saúde e do desenvolvimento e adaptação das suas funções, a fim de facilitar a sua independência e autonomia (SILVA; PEREIRA ; ESQUITA, 2013, p. 78).

O município de Três Rios habilitou 01 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), que de acordo ao projeto enviado estas equipes estariam lotadas na Atenção Pré-Hospitalar. Devido ao critério populacional, o município se enquadra na tipologia EMAD tipo 1.

Entende-se por atenção de domiciliar de urgência e emergência, aquela que é prestada, a partir de um pedido de socorro da vítima ou de familiares, amigos vizinhos etc. No Brasil, o atendimento de urgência e emergência ainda não ocorre de forma eficaz, devido a vários fatores, tais como: problemas de infraestrutura urbana; gestão governamental; desconhecimento de suporte básico de vida de um considerável número da população; falta de recursos, o que gera impossibilidade de comunicação e locomoção; estrutura de atenção primária à saúde ineficiente e/ou inexistente em algumas

comunidades; e inexistência ou ineficiência de capacitação e educação continuada dos profissionais que atuam na área (BRASIL, 2010, p. 18).

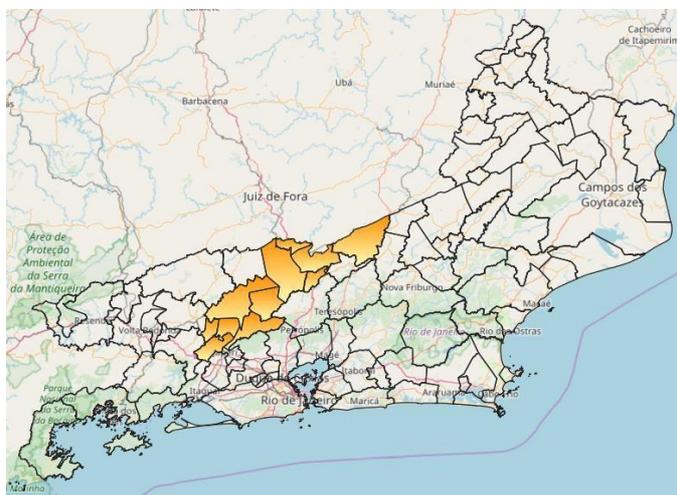
Assim, a atenção domiciliar é uma estratégia de cuidados de saúde, que abrange muito mais do que simplesmente fornecer tratamento, apresenta-se como um método de ampliação e de assistencialismo, o qual não se concentra apenas na doença. E sim na promoção, manutenção e recuperação da saúde sendo a partir da perspectiva da família, além da busca pela participação dos pacientes e seus familiares no processo de cuidado.

### 3-METODOLOGIA

#### 3.1. LÓCUS DO ESTUDO

O cenário desta pesquisa é a RCSF, mais especificamente o município de Três Rios e sua área de abrangência. Integram esta mesma Região, além de Três Rios, os seguintes municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia e Vassouras (Figura 3 e 4).

Figura 3 - Localização da região Centro Sul no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: CIDE. Anuário estatístico do estado do Rio de Janeiro 2001. Rio de Janeiro: CIDE, 2001.

Figura 4 - Mapa da Região Centro Sul Fluminense.



Fonte. CIDE. Anuário estatístico do estado do Rio de Janeiro 2001. Rio de Janeiro: CIDE, 2001.

A rede municipal de saúde de Três Rios é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Policlínicas, Clínicas e Ambulatórios especializados, Unidade de Vigilância em Saúde, CEREST, Serviço de Diagnóstico e Terapia (SADT), CAPS, UPA, SAMU, Central de Regulação Médica de Urgência, Central de Regulação de Leitos, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) composto por uma equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar e uma EMAP, uma Unidade de Reabilitação, habilitada em CER tipo II, voltada para o atendimento de pessoas com deficiência e idosos.

O município de Três Rios possui estrutura de saúde local, que contempla unidades dos diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária, secundária e terciária, organizados de forma hierarquizada e regionalizada.

A rede hospitalar no município está constituída por 01 Hospital Geral, o Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição – Associação Congregação Santa Catarina. A APS do município de Três Rios é desenvolvida principalmente por meio da ESF que possui cobertura de 100% da população com 29 Unidades de Saúde da Família, 6 postos avançados e 26 Equipes de Saúde Bucal. Conta ainda com 155 Agentes Comunitários de Saúde e com 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família constituídos por Psicólogos, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Ginecologistas e Pediatras que dão suporte às Equipes de Saúde da Família do município (ROS, 2018).

O Ministério da Saúde introduziu a Portaria n° 648 em 28 de março de 2006, que marcou o lançamento da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no SUS. Posteriormente, foram publicadas as Portarias n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011 e a de n° 2.436 de 21 de setembro de 2017, sendo que esta última foi completamente revogada pela Portaria de Consolidação n° 2 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d).

Na versão de 2006 da PNAB, estabeleceu-se que uma equipe multiprofissional seria responsável por atender 4.000 habitantes, embora a média recomendada fosse de 3.000 habitantes por equipe. Já na edição de 2017 da PNAB, houve uma redução no número de habitantes por equipe, estabelecendo-se uma faixa entre 2.000 e 3.500 habitantes como referência.

No que diz respeito a população adscrita, os dados obtidos através do e-SUS revelam que a média de pessoas cadastradas por unidade é de 2.520. As USF que possuem o menor número de pessoas adscritas, são aquelas localizadas em uma

área rural do município de Três Rios (Bemposta). São elas: Vale do Cachoeira (228) e Grama (294).

A USF Centro é a que possui o maior número de pessoas registradas: 3.962. Isso indica uma distribuição desigual da população entre as unidades de saúde. Essa desigualdade na distribuição pode ser atribuída à forma como a população do município está dispersa geograficamente, com algumas áreas de maior concentração, nomeadamente os bairros Centro e Vila Isabel.

Praticamente, cada bairro conta com uma equipe de Saúde da Família, o que explica por que as unidades de saúde em bairros menos populosos tendem a ter um menor número de pessoas cadastradas. Os dados apurados indicam uma média de 2.786 indivíduos cadastrados por USF, com a USF menos populosa contando com 294 cadastrados (Grama) e a mais populosa com 3.962 (centro). Isso aponta para uma distribuição desigual de indivíduos entre as unidades.

Tal desigualdade pode ser um reflexo da distribuição da população no município, que é dispersa, com exceção de algumas áreas de maior concentração, como os bairros Centro e Vila Isabel. Normalmente, cada bairro possui uma equipe de Saúde da Família, portanto, em bairros menos populosos, o número de pessoas cadastradas na unidade tende a ser menor.

A tabela 2 abaixo evidencia o que foi mencionado nos dois parágrafos anteriores:

Tabela 2: Unidades de Saúde da Família do município de Três Rios, com o número de indivíduos registrados no e-SUS AB:

Unidades de Saúde da família (USF)	População adscrita
PILOES	3578
Jaqueira	3057
HERMOGENIO SILVA	339
WERNECK MARINE	2716
TRIANGULO	2943
VILA NOVA	3102
BEMPOSTA	2715
PONTO AZUL	2046
MAE PRETA	3867
GRAMA	294
JARDIM PRIMAVERA	825
MORADA DO SOL	3491
PONTE DAS GARCAS	2340
VALE DO CACHOEIRA	228
CANTAGALO	3202
PURYS	2809

PORTAO VERMELHO	2930
SANTA TERESINHA	2980
MIRANTE SUL	1445
BARROS FRANCO	2995
BOA UNIAO	2651
CIDADE NOVA	3628
JK	3273
CAIXA DAGUA	2024
PATIO DA ESTACAO	3167
CENTRO	3962
MONTE CASTELO	3324
MOURA BRASIL	2346
CARIRI	1389
PALMITAL	2795
MORRO DOS CAETANOS	2902
HABITAT	2100
RUA DIREITA	1701
Total	83.164

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do e-SUS em 11/11/2023.

Cabe ressaltar que cada equipe da ESF é composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, e que no momento desta pesquisa as equipes encontravam-se completas, segundo informações obtidas pelo CNES.

### 3.2 TRAJETÓRIA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com coleta de dados qualitativos primários e dados quantitativos primários e secundários, tendo como referência as políticas públicas vigentes. A pesquisa foi realizada em três etapas:

#### 3.2.1 Primeira Etapa

A primeira etapa consistiu na realização de entrevistas com um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) direcionado aos seguintes atores:

- a) Secretário de saúde do município de Três Rios-RJ;
- b) Coordenador da APS;
- c) Coordenador de Urgência e Emergência do município de Três Rios;
- d) Coordenador médico da UPA 24h Três Rios;
- e) Coordenador de enfermagem da UPA 24h Três Rios.

Dessa forma, as entrevistas com roteiros semiestruturados foram realizadas pelo pesquisador responsável com esses atores, e compreenderam as questões relativas à articulação entre os serviços, a organização e configuração da APS, dentre outras. A abordagem inicial aos entrevistados foi feita através de um memorando individual, convidando-os a participarem desta pesquisa, que foi entregue pessoalmente pelo entrevistador a cada um dos 05 (cinco) entrevistados. O tempo de duração de cada entrevista foi em média de 40 minutos.

A coleta de dados desta etapa foi realizada em horário e local de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, com agendamento telefônico prévio. Os entrevistados foram informados que se tratava de uma pesquisa científica e foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). As respostas foram gravadas e guardadas em arquivo de acesso restrito (apenas pesquisador e orientador), transcritas, armazenadas em dispositivos seguros com a menor frequência de tempo praticável, garantindo assim sua proteção. Além de transcritos e examinados foi realizada a leitura exaustiva do material.

### **3.2.2 Segunda Etapa**

A segunda etapa consistiu numa entrevista estruturada do tipo “*survey*” (De Vaus, 2002) (APÊNDICE B) aos usuários da UPA 24h Três Rios, cujas respostas foram registradas em tempo real utilizando a Plataforma digital *Google Forms*. A abordagem inicial aos entrevistados (usuários da UPA 24h Três Rios) foi realizada na sala de espera da própria UPA. Foi garantida privacidade durante a coleta de dados com uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento ao participante. Para minimizar ou mesmo evitar a chance dos riscos de se perderem as informações, este pesquisador tomou todas as medidas e providências cabíveis, além de armazenar e analisar em dispositivos seguros os dados coletados, com a menor frequência de tempo praticável, para garantir sua proteção.

Diante desse cenário, esta etapa teve como objetivo levantar o percentual de demanda espontânea e, também, analisar o porquê da população coberta pela ESF procura atendimento na UE para situações consideradas de baixo risco (universo de acometimentos classificados como verde e azul, de acordo com a classificação de Manchester (GODOI, 2020). Para realização desta pesquisa as respostas ao questionário foram registradas em tempo real utilizando a Plataforma digital *Google*

*Forms*. Os usuários participantes da pesquisa foram informados que se tratava de uma pesquisa científica, que foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B). As respostas anotadas na segunda etapa foram salvas em arquivo de dados e foram analisadas através de análise exploratória de dados e estatística descritiva, onde diagramas, gráficos e tabelas de distribuição de frequências foram produzidos, com o auxílio do *software* estatístico R, de domínio público (R CORE TEAM, 2022).

O número mínimo de respondentes para prevalência 22,8%, conforme estudo anterior de Bandeira; Médici (2011), ao nível de confiança de 95% foi calculado em no mínimo 283 respondentes.

O motivo da consulta (queixa principal) dos atendimentos aos usuários da UPA 24 h Três Rios que responderam ao questionário da pesquisa (283) foi analisado em busca ativa no sistema Klinikos para cada respondente, considerando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, popularmente conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os diagnósticos mais registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos do CID 10. Os 20 diagnósticos mais frequentes foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos do CID 10.

### **3.2.3 Terceira Etapa**

A terceira etapa consistiu em uma pesquisa quantitativa com os seguintes dados secundários extraídos da base de dados existente no programa Klinikos, que é um software existente nesta Unidade: Número absoluto de atendimentos de usuários, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco da UPA 24h Três Rios nos anos de 2018 a 2023; a distribuição dos usuários atendidos na UPA 24h Três Rios por bairro, nos anos de 2018 a 2023; a distribuição dos usuários atendidos na UPA 24h Três Rios por cidade, nos anos de 2018 a 2023; queixa principal dos 283 entrevistados, considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID); o diagnóstico dos usuários da UPA 24h Três Rios, considerando a CID, nos anos de 2022 e 2023.

Segue abaixo um quadro-síntese que relaciona as etapas da pesquisa sua metodologia de análise e os instrumentos de coleta de dados:

Quadro 3 — Etapas da pesquisa, sua metodologia de análise e os instrumentos de coletas.

Etapas	Metodologia de análise	Instrumentos de coleta de dados
Primeira Etapa	Análise do material obtido nas entrevistas (qualitativa)	Entrevista com roteiro semiestruturado ao secretário de saúde, ao coordenador da APS e da EU do município de Três Rios-RJ e os coordenadores, médicos e de Enfermagem da UPA 24h Três Rios
Segunda Etapa	Coleta de dados primários por intermédio de entrevistas estruturadas Análise dos dados no ambiente de programação livre R Análise de Documentos Revisão Bibliográfica	Entrevistas estruturadas do tipo “ <i>survey</i> ” aos usuários da UPA 24h Três Rios Pesquisa de campo Leitura de documentos oficiais Observação de campo
Terceira Etapa	Análise quantitativa Análise de dados longitudinais e séries temporais Revisão bibliográfica Análise de documentos.	Base de dados na UPA 24h Tres Rios (Programa Klinikos)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Foi confeccionado um memorando prévio a Secretária de Saúde de Três Rios e a Coordenadora da UPA 24h Três Rios solicitando a realização desta pesquisa.

Foi feita uma declaração pela Secretária de Saúde do município de Três Rios e pela coordenadora da UPA 24h Três Rios autorizando a realização da coleta de tais informações (ANEXO C e D) e a assinatura do termo de confiabilidade e sigilo para ambas (ANEXO E e F).

O objetivo desta etapa da pesquisa foi evidenciar se as demandas da UPA 24h Três Rios são de usuários que poderiam ser atendidos pela APS. Assim, os dados podem evidenciar fragilidades na organização do sistema de saúde.

A gestora local aprovou o presente estudo tendo confeccionado o Termo de Adesão concedendo a anuência para seu desenvolvimento (ANEXO H).

Este pesquisador tomou ciência da Lei Geral de Proteção de Dados (BRASIL, 2018), e observou todos os cuidados necessários, principalmente com a responsabilidade pela segurança da informação, por se tratar de dados em saúde pública, bem como a conservação dos dados.

O estudo abrangeu diversas estratégias metodológicas para coletar informações e obter uma visão abrangente do sistema de saúde do município em questão. É importante destacar que a decisão de entrevistar individualmente os

coordenadores da área de saúde do município (etapa 1) é uma prática comum em pesquisas que envolvem informações confidenciais ou que precisam garantir aos participantes confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, o sigilo, o anonimato, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000).

Nesse caso específico, os entrevistados foram o Secretário de saúde, o coordenador da APS e de UE do município de Três Rios-RJ e os coordenadores médico e de enfermagem da UPA 24h Três Rios, que ofereceram informações importantes sobre o funcionamento do sistema de saúde local e permitiu a identificação de pontos críticos e possíveis melhorias na gestão da saúde pública.

Para não haver possibilidade de identificação dos entrevistados desta pesquisa e como forma de preservar o anonimato dos participantes, principalmente por ser uma cidade de porte médio em que praticamente todos se conhecem, durante o manejo das informações coletadas foi atribuído um ordenamento por um número arábico iniciando pelo numeral 1 e assim sucessivamente, precedido de um código (Entrev), ficando: Entrev1, Entrev2...., etc.

A revisão bibliográfica foi uma etapa importante nesta pesquisa, pois permitiu reunir informações já publicadas em estudos anteriores, fornecendo uma base sólida para o desenvolvimento do estudo em questão. A escolha das bases de dados é fundamental, para garantir que as informações coletadas sejam relevantes e atualizadas, uma vez que essas bases geralmente indexam as principais publicações científicas em diferentes áreas do conhecimento.

A leitura dos documentos oficiais compreendeu a análise dos principais documentos, resoluções, portarias federais dentre outras relacionados à Atenção Básica e a área da Urgência e emergência. Investigou documentos municipais relevantes, tais como o plano municipal de saúde, Decretos e Portarias Municipais dentre outros.

As principais fontes utilizadas compreenderam a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Biblioteca de Saúde Pública/Icit/Fiocruz, *Scientific Electronic Library* (SCIELO), Google Acadêmico e vários livros impressos.

Foi realizada uma consulta às portarias e documentos técnicos através dos websites oficiais, nomeadamente o Portal Saúde Legis e o Portal da Saúde. Além disso, houve a necessidade de coletar e analisar dados secundários disponibilizados

nos bancos de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Outra estratégia adotada para coleta de dados a nível estadual foi a análise dos documentos oficiais existentes. Priorizou-se documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios e da Secretaria estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro, como: Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual de Saúde, diagnóstico de saúde da RCSF, manual de acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgência e emergência do estado do Rio de Janeiro, relatório detalhado dos quadrimestres de 2022 do município, dentre outros.

A narrativa dos resultados da pesquisa foi construída ao comparar informações provenientes dessas diversas fontes. No sentido de facilitar a compreensão, essas informações foram organizadas no Capítulo III, juntamente com as categorias.

No propósito de identificar os fatores positivos e negativos da UPA 24h Três Rios e da APS do município relacionados à organização, atendimento, financiamento e Integração, foi utilizado o método de gestão denominado Análise SWOT.

O referido método foi desenvolvido por Kenneth Andrews e Roland Christensen, professores da *Harvard Business School* nos Estados Unidos da América – EUA, com o objetivo de criar um modelo de avaliação competitiva para organizações (CHRISTENSEN; ANDREWS; BOWER; HAMERMESH; PORTER, 2009).

Oriunda da gestão empresarial, o termo SWOT é um acrônimo das palavras inglesas *Strengths* – forças, *Weaknesses* – fraquezas, *Opportunities* – oportunidades, e *Threats* – ameaças. Esses quatro elementos servem como indicadores da realidade situacional de uma organização (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003) e podem ajudar os formuladores de políticas e decisores em diferentes setores a planejar e implementar várias políticas e programas, bem como processos de decisão. Algumas aplicações dessa ferramenta na área de saúde são identificadas na literatura (CHRISTIANSEN et al., 2009).

É fundamental que as organizações e unidades de saúde realizem avaliações constantes para avaliar sua posição no mercado e, com base nessa análise, implementem estratégias para resolver problemas. A avaliação da posição competitiva é feita por meio da matriz SWOT, que utiliza dois eixos: variáveis internas e variáveis externas, cada um deles composto por pontos fortes e pontos fracos da organização, bem como oportunidades e ameaças do ambiente externo (MORAES, 2016).

A escolha dessa abordagem para a análise justificou-se por ser uma ferramenta prática e simples, pois é por meio dela que a organização consegue ter uma visão clara e objetiva sobre quais são seus pontos fortes e fracos no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças no ambiente externo (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003)

De acordo com Tavares (2010), essa matriz contribui para que os gestores possam identificar quais são os pontos que afetam o desempenho de uma organização, sejam aqueles que auxiliam no desenvolvimento e/ou aqueles que prejudicam as atividades a serem exercidas.

Mediante a tal fato e partindo desse reconhecimento e da compreensão de que o ambiente é dinâmico e as organizações podem andar por diferentes caminhos e mudarem sua situação, ela facilitaria também o planejamento futuro, avançar em melhorias relativas ao todo ou a uma situação específica.

A análise SWOT apresenta-se como uma abordagem para que as organizações possam identificar, de forma abrangente, sua posição estratégica em um determinado tempo e contexto, considerando tanto os aspectos internos quanto externos.

Nesta análise, uma etapa importante é o diagnóstico do ambiente interno do serviço (UPA e APS), identificando os pontos fortes e fracos que podem influenciar positiva ou negativamente na conquista das metas estabelecidas para o corpo de profissionais ou a organização como um todo. Os pontos fortes devem ser destacados e fortalecidos dentro dos serviços, enquanto os pontos fracos precisam ser corrigidos ou, pelo menos, ter seus efeitos minimizados.

É essencial ressaltar que essas forças internas, tanto positivas quanto negativas, estão em maior controle pelas pessoas (profissionais), pois se referem a características do serviço ou dos processos de trabalho que foram moldados por suas ações ou pela atuação dos gestores. Portanto, devem ser vistos como elementos potencialmente modificáveis por meio da intervenção direta dos envolvidos com o serviço.

Para esta identificação, foi elaborada uma Matriz SWOT adaptada de Chiavenato e Sapiro (2003, p.188), na qual foram posicionados os fatores positivos (forças e oportunidades) nos quadrantes à esquerda e os fatores negativos (fraquezas e ameaças) à direita, conforme disposto na Figura 5 abaixo.

Figura 5 – Matriz SWOT.



Fonte: Matriz SWOT adaptada de Chiavenato e Sapiro (2003), p.188.

Segue abaixo um quadro-síntese que relaciona os objetivos e as etapas da pesquisa:

Quadro 4 – Objetivos específicos da pesquisa e seus métodos e coleta de dados.

Objetivos Específicos	Métodos	Coleta de dados
Identificar e caracterizar os atendimentos de demanda espontânea na Unidade de Pronto Atendimento 24h de Três Rios em 2023	Pesquisa de campo Entrevista estruturada do tipo "survey"	Coleta de dados primários por intermédio de entrevistas estruturadas. Coleta de dados secundários através do prontuário eletrônico e do sistema de informação da UPA (Klinikos).
Identificar quais os principais motivos, que levam a população adscrita na Estratégia Saúde da Família a procurar a Unidade de Pronto Atendimento 24h	Entrevistas estruturada do tipo "survey" Pesquisa de campo Observação de documentos oficiais Investigação Bibliográfica	Verificação das Portarias Investigação Bibliográfica Coleta de dados primários por intermédio de entrevistas semi-estruturadas.
Identificar os fatores positivos e negativos da UPA 24h e APS relacionadas à organização, atendimento, financiamento e Integração.	Entrevista semiestruturadas ao secretário de saúde, ao coordenador da APS e de UE do município de Três Rios-RJ e os coordenadores médico e de enfermagem da UPA 24h Três Rios	Aqueles obtidos com a análise SWOT

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O pesquisador realizou a coleta de dados referente as entrevistas estruturadas do tipo "survey" aos usuários da UPA 24h Três Rios (etapa 2) no ano de 2023, de acordo com critérios previamente estipulados, e utilizou o período para coletar dados no campo de pesquisa no mês de março de 2023.

Pelo fato de que a UPA 24h Três Rios tem suas portas abertas 24h todos os dias da semana, diferentemente da USF, que tem seu funcionamento em horário comercial/administrativo em dias úteis da semana. Assim, as entrevistas com os usuários foram feitas na própria UPA 24h Três Rios, das 8:00h às 17:00h em dias úteis, evitando assim viés na análise final dos resultados. Visto que foram entrevistados, a princípio, usuários do sistema que poderiam ter recorrido aos serviços das USF em casos que não fossem de UE. Dessa maneira, as entrevistas foram realizadas em um período de duas semanas, a saber: em dias úteis (13/03/2023 a 17/03/2023 e 20/03/2023 a 02/03/2023), em períodos curtos (de 1h), no horário acima especificados, matutinos e vespertinos, que foram aleatoriamente sorteados, para evitar qualquer tipo de viés na análise final dos resultados.

As entrevistas com roteiros semiestruturados (etapa1) foram realizadas pelo pesquisador ao Secretário de saúde, ao Coordenador da APS e de Urgência e Emergência do município de Três Rios-RJ e aos Coordenadores médico e de enfermagem da UPA 24h Três Rios em março de 2023.

### 3.3 RISCOS

Com relação aos riscos existentes nas etapas, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Para esta pesquisa existem alguns riscos como problemas de identificação de pessoas, constrangimentos, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela recorrente. Portanto, trata-se de uma pesquisa de risco mínimo.

Para minimizar ou mesmo evitar a chance dos riscos ocorrerem este pesquisador tomou as seguintes medidas/providências: obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; irei assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; irei esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; garantir explicações necessárias para responder as questões; garantir a retirada do seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do

autopreenchimento das respostas e não enviar o formulário, caso desista de participar da pesquisa; garantir ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores.

Na primeira etapa em que foram feitas às entrevistas, elas foram gravadas, transcritas, armazenados e analisados em dispositivos seguros, com a menor frequência de tempo praticável, para garantir a proteção.

### 3.4 BENEFÍCIOS

Espera-se que com a realização deste estudo, o gestor tenha ferramentas para estruturar toda a rede assistencial, desde a APS, a rede pré-hospitalar, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel até a rede hospitalar, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes para o atendimento às Urgências e Emergências e, possibilitam ampliação da informação e da comunicação principalmente para os usuários do SUS.

Além disso, dará ao gestor outras ferramentas para otimizar e prover atendimento e/ou encaminhamento adequado, regulado e integrado à rede local regional de urgência, e contrarreferências aos demais serviços de atenção integrantes da rede, para proporcionar continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Dessa maneira, a pesquisa poderá contribuir para motivar os profissionais que militam na área de UE e na APS, bem como os gestores a buscarem uma contínua melhora na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Conseqüentemente, espera-se que com a melhoria na qualidade dos atendimentos todos os usuários do SUS na região de abrangência do estudo, advinda de desejáveis decisões informadas por parte do gestor, venham a ser beneficiados a médios e longos prazos. É um debate árduo, pois o tempo define o prognóstico da urgência, bem como a evolução da gravidade e da complexidade ou das conseqüências em não observar estes tempos. Não sendo observados, pode trazer várias sequelas para o paciente e conseqüentemente trará aumento de consumo de recursos e uma maior complexidade no atendimento da resolução.

Na primeira etapa da pesquisa, foi convidada a pessoa que ocupa o cargo de Secretário de Saúde do município de Três Rios-RJ. Como também, foram convidadas as pessoas que estavam ocupando os cargos de coordenador da Atenção Primária à

Saúde – APS e o Coordenador de urgência e emergência de Três Rios, Coordenador Geral da UPA 24h Três Rios e os coordenadores médico e de enfermagem da UPA 24h Três Rios.

Na segunda etapa, foi realizada uma entrevista estruturada do tipo “*survey*” (DE VAUS, 2005) aos usuários da UPA 24h Três Rios maiores de 18 anos, que estavam presentes na sala de espera independentemente do sexo/gênero, cor/raça e etnia, orientação sexual, classes e grupos sociais, e outras que sejam pertinentes à adscrição da população e que possam, de fato, ser significativas para a análise ética da pesquisa. As entrevistas com os usuários foram feitas somente na UPA 24h Três Rios das 08h00min às 16h00min em dias úteis, evitando assim deturpações na análise final dos resultados.

Na segunda etapa da pesquisa, em que foi aplicado um questionário estruturado aos usuários na UPA 24h Três Rios, foram excluídos os usuários com transtornos mentais. Os usuários, que se enquadravam no conceito de urgência e emergência definidas, pelo Conselho Federal de Medicina também foram excluídos.

### 3.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

As respostas anotadas na segunda etapa foram salvas em planilha de dados Excel e foram analisadas através de análise exploratória de dados e estatística descritiva, onde diagramas, gráficos e tabelas de distribuição de frequências foram produzidos (MURTEIRA, 2013). As análises desta fase foram realizadas com o auxílio do ambiente de programação livre R (R CORE, 2022).

Todos os dados obtidos na abordagem qualitativa foram analisados, utilizando-se a o método de gestão denominado Análise SWOT.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação à ética em pesquisa foi seguido o que preconiza a Resolução CNS/MS n.º 580/12 de 2012, e no documento Gradação de riscos, disponível no site do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF).

Portanto, esta pesquisa foi aprovada por este Comitê, com o parecer n.º 65691122.9.0000.5147, datado em 24 de fevereiro de 2023 (ANEXO G).

Para fins da execução do projeto de pesquisa no município de Três Rios, foi necessária a ciência do Gestor do município quanto aos objetivos, dos procedimentos e de minha própria responsabilidade como pesquisador, concedendo a anuência para seu desenvolvimento (ANEXO H).

Paralelamente, foi exarado ofício a Secretária de Saúde do Município de Três Rios (APÊNDICE C), que foi protocolizado na própria Prefeitura sob o número 5609/2023, solicitando informações referentes ao meu projeto de pesquisa.

Tal necessidade deste ofício baseia-se no fato de que foi instituído por Decreto neste município (Decreto n.º 6.797, de 11 de abril de 2022), a Comissão Gestora e de Regulamentação, Monitoramento e Acompanhamento para implantação da Lei Federal n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2018). O projeto de pesquisa foi aprovado por esta Comissão, porém com algumas considerações (APÊNDICE D).

No sentido de esclarecer potenciais conflitos de interesse, este pesquisador é servidor público no município de Três Rios, com cargo efetivo de Cirurgião Bucomaxilofacial.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os resultados e as discussões que serão apresentados neste Capítulo III são provenientes de entrevistas com roteiros semiestruturados ao secretário de saúde, ao coordenador da APS e de UE do município de Três Rios-RJ e aos Coordenadores médico e de enfermagem da UPA 24h Três Rios, bem como de coleta de dados referente às entrevistas estruturadas aos usuários da UPA 24h Três Rios.

Diante desse cenário, as entrevistas e as coleta de dados permitiram o pesquisador captar e entender o porquê da população de uma cidade com 100% de cobertura da ESF procura atendimento na UE para situações consideradas de baixo risco.

Após leitura exaustiva do material, os resultados da coleta de dados secundários e da pesquisa de campo serão apresentados nestes resultados, e foram concomitantemente analisados no sentido de promover diálogo com as referências da pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

Este capítulo está dividido em 5 categorias conforme discriminado abaixo:

1. O motivo da consulta dos atendimentos aos usuários da UPA 24h Três Rios;
2. Tipificação dos atendimentos das USF e da UPA 24h Três Rios;
3. Fatores positivos e negativos da UPA 24h Três Rios e APS, segundo a ótica da análise SWOT;
4. Organização e configuração da APS; e
5. Articulação entre os serviços da RAS.

### 4.1 O MOTIVO DA CONSULTA DOS ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS DA UPA 24h TRÊS RIOS

Nesta categoria iremos apresentar as distribuições de frequências dos atendimentos de acordo com o sexo, a cidade de origem, bairro, faixa etária, por posterior diagnóstico, dentre outros. A UPA 24h Três Rios realiza todos os tipos de atendimento independentemente do município de origem do usuário.

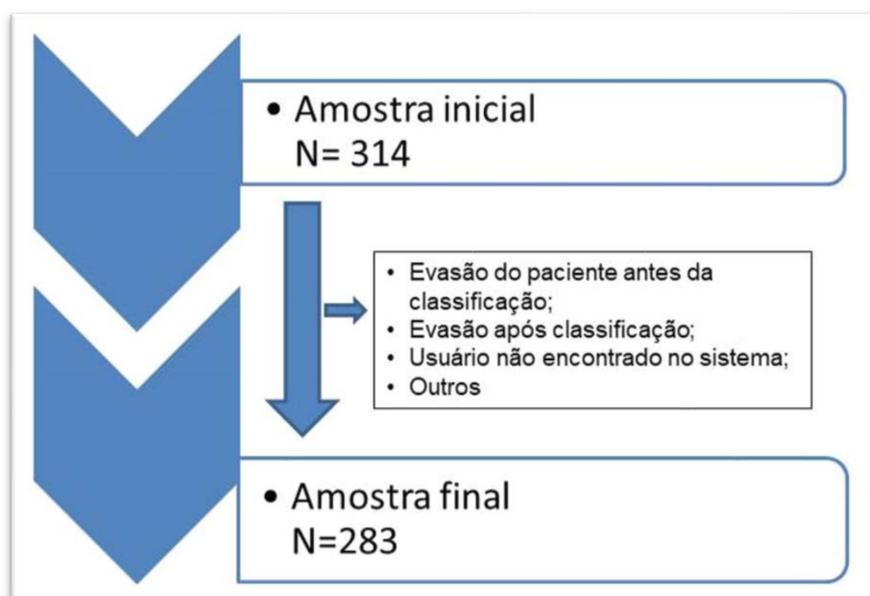
O uso de um programa para a análise de dados é de grande importância no que se refere à análise e a interpretação de resultados. Para esta análise optei por um software de domínio público: o "R". (R Core, 2022) Além de seus recursos gráficos, o mesmo permite uso de alternativas de análise e interpretação de dados estatísticos.

Ao conduzir as entrevistas aos 283 usuários da UPA 24h Três Rios, meu objetivo foi compreender, sob a perspectiva dos diferentes participantes deste estudo, os motivos que levam os usuários a procurarem o atendimento na UPA 24h Três Rios, considerando que a USF deveriam ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde, talvez não a única. Ainda mais, em se tratando de um município que possui 100% de cobertura da população na ESF.

Gostaria de relatar que esta etapa da entrevista estruturada iniciou com uma amostra de 314 usuários da UPA 24h Três Rios. Posteriormente, verificando no sistema de informação desta Unidade (Klinikos), houve a necessidade de se expurgar 31 registros, e ao final chegou-se a uma amostra de  $n=283$ .

A necessidade de se excluir este quantitativo ( $n=31$ ) deve-se há vários motivos dentre os quais se destacam a evasão do paciente, CID não estabelecido, usuário não encontrado no sistema dentre outros. A figura 6 abaixo ilustra o ocorrido.

Figura 6— Fluxograma dos motivos de exclusão dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios.



Fonte: Elaboração própria.

Evidencia-se aqui que o expurgo dos 31 registros da análise não representou perda diferencial, haja vista que não houve diferença significativa nas características dos excluídos e os que permaneceram na amostra ( $n=283$ ). Além do mais, no capítulo II - seção 2 foi relatada que um número mínimo de respondentes, para um nível de significância igual a 5% e estimação intervalar de prevalências ao nível de confiança de 95%, seria de um  $n=271$ .

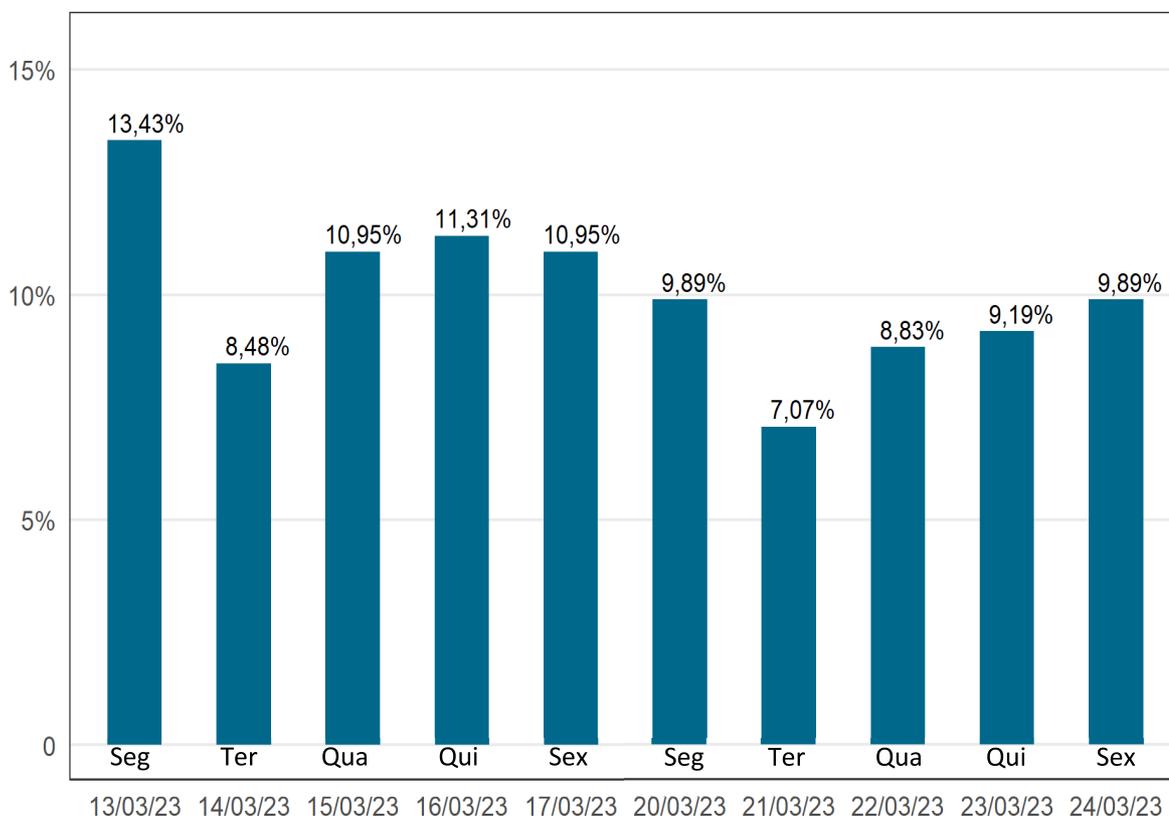
Ao aplicar os critérios mencionados anteriormente, temos uma distribuição da amostra de acordo com a porcentagem de respostas em relação ao dia da semana, idade, data da entrevista dentre outros.

Com relação a variável dia da semana, evidenciou-se uma maior demanda na segunda-feira (13,43%) conforme gráficos 1 e 2 abaixo. Este fato condiz com outros estudos, que identificam este dia de semana como uma maior procura (COELHO NETO, et al., 2019; FURTADO, et al., 2004).

Segundo esses autores, é provável que a alta demanda por atendimento às segundas-feiras, seja uma consequência do acúmulo de consultas geradas nos finais de semana.

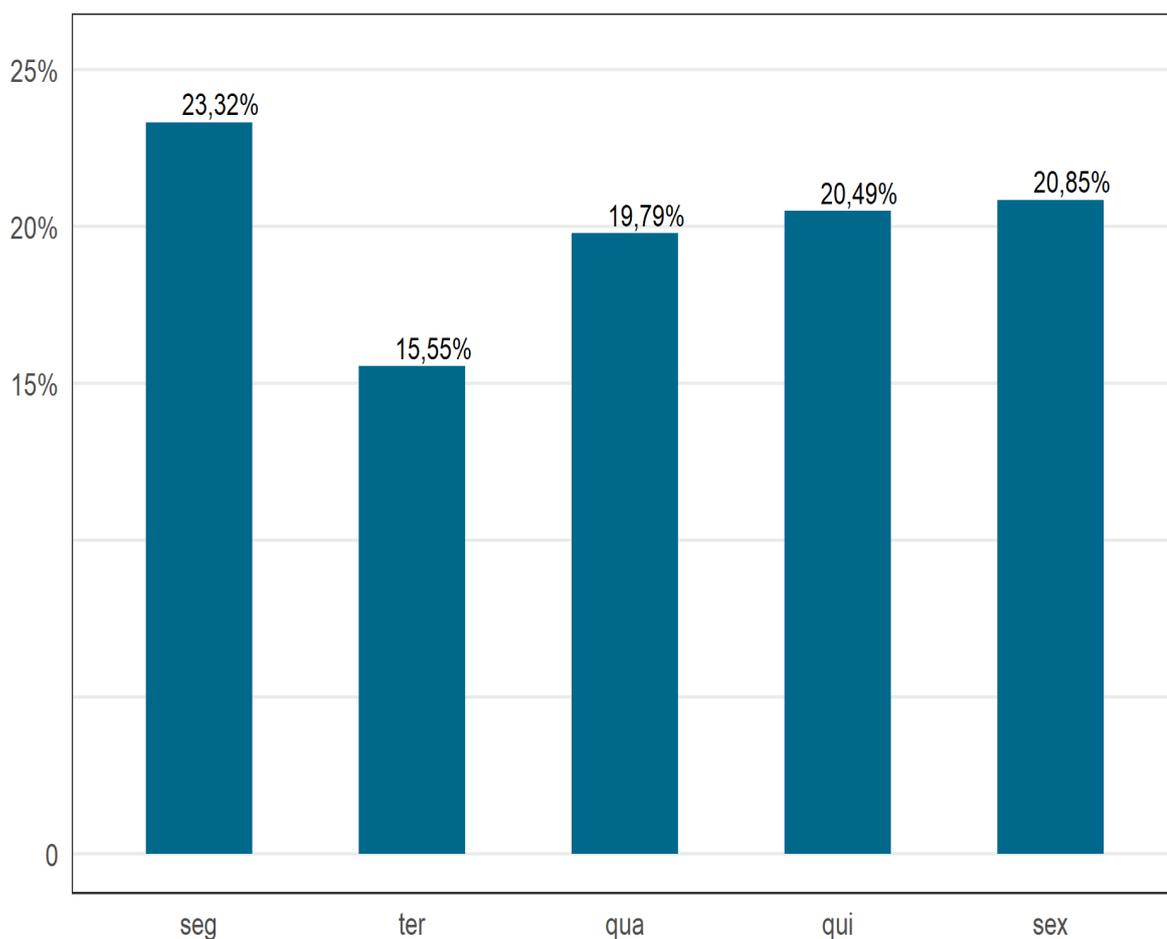
Durante esse período, a oferta de serviços de saúde diminui, levando os usuários do SUS a buscar os serviços de urgência e emergência para resolver seus problemas de saúde. Além disso, a rotina de vida das pessoas também sofre alterações nesses dias.

Gráfico 1— Proporção das respostas de acordo com o dia da semana em que foi realizada a entrevista. Março 2023.



Fonte: elaboração própria baseada nas entrevistas aos usuários da UPA 24h Três Rios.

Gráfico 2 – Porcentagem de respostas em relação ao dia da semana. Março 2023.



Fonte: elaboração própria baseada nas entrevistas aos usuários da UPA 24h Três Rios.

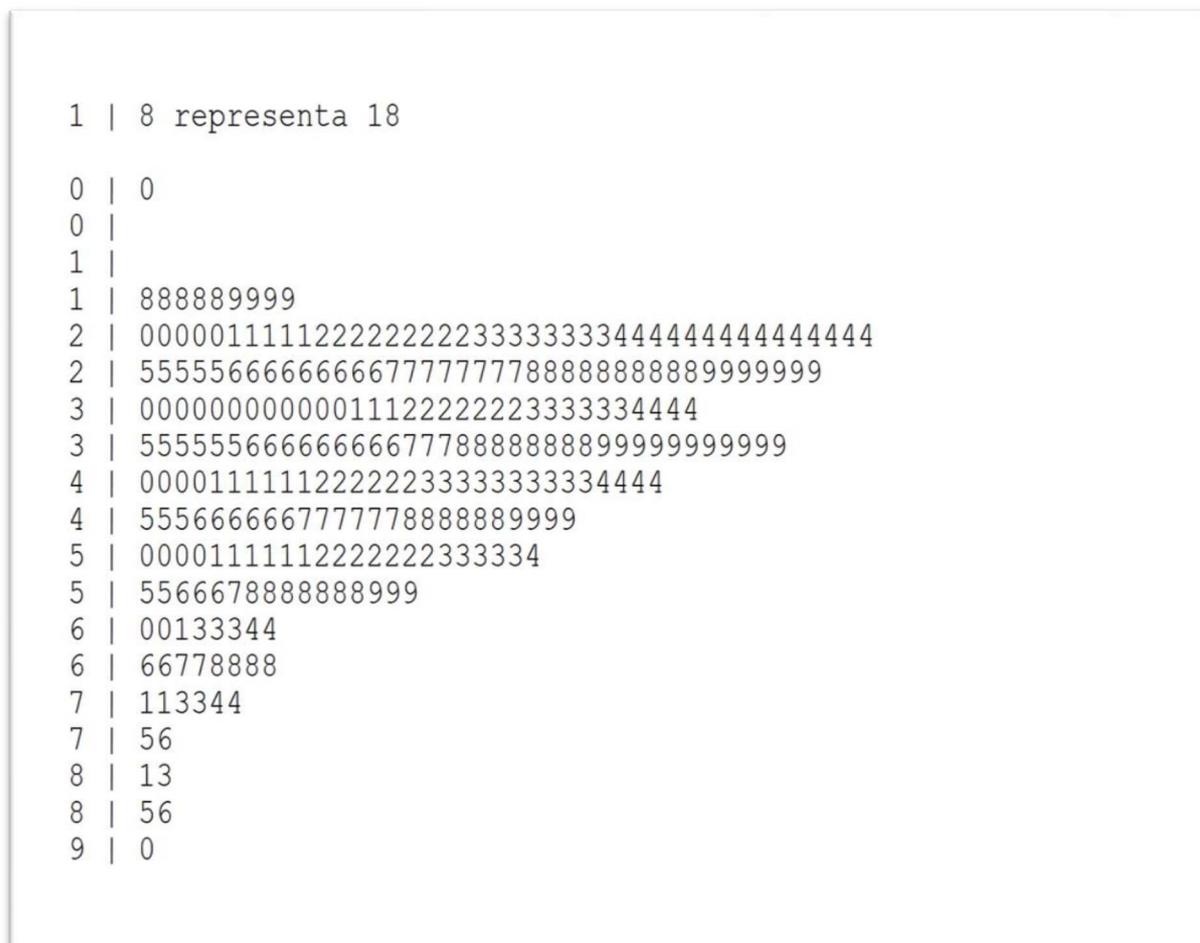
Um diagrama de ramo-e-folhas é outro gráfico útil e simples para representar a distribuição de frequências de uma variável quantitativa com poucas observações. Essa representação gráfica permite que você identifique padrões, tendências e a distribuição dos dados de forma mais clara do que apenas olhando para uma lista de dados quantitativos, como, por exemplo, idade.

O diagrama é dividido em duas partes: a parte da esquerda, chamada de "ramo", consiste em um ou mais dígitos do número que representam dezenas, centenas, etc. A parte da direita, chamada de "folhas", consiste nos dígitos finais que representam unidades.

Os números são organizados de forma crescente no diagrama. Cada número é separado em seu ramo e folha correspondentes.

Foi o que utilizei para demonstrar a idade dos entrevistados, conforme discriminado no gráfico 3 abaixo

Gráfico 3 – Diagrama de ramo-e-folhas mostrando a idade dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios. Março de 2023.



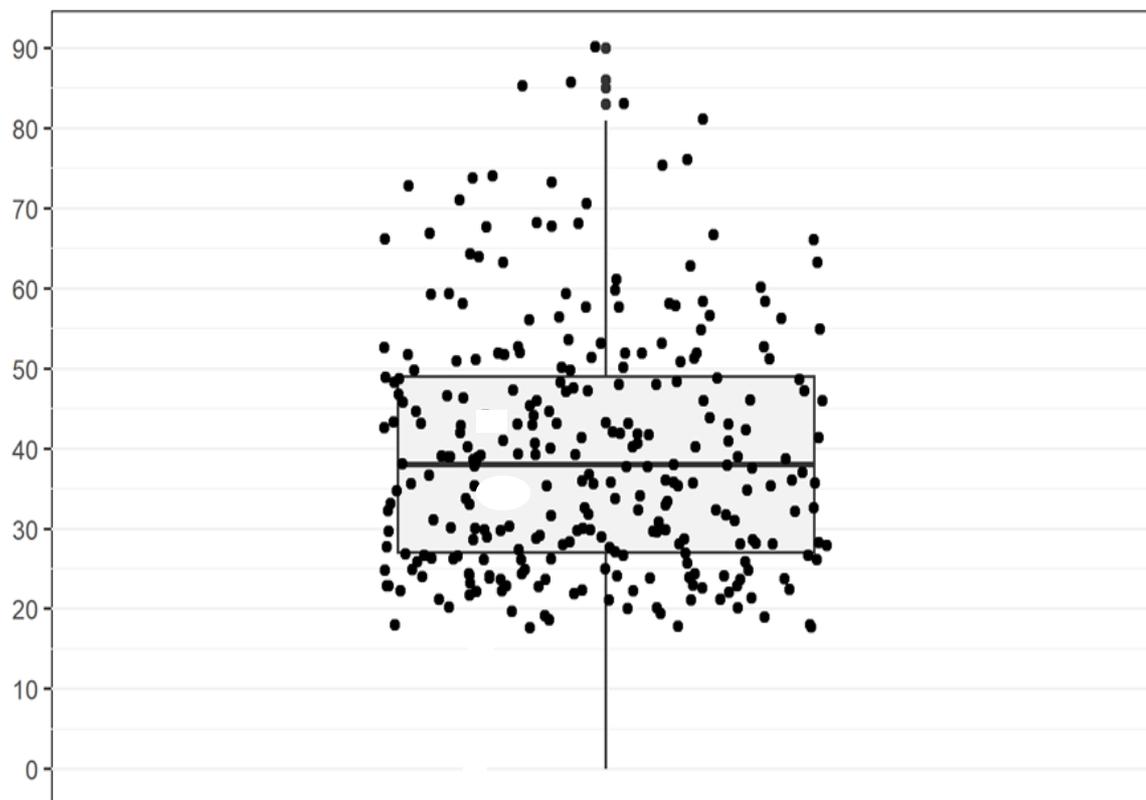
Fonte: Elaboração própria.

A interpretação do diagrama de ramo-e-folhas é bem simples: Ao olhar para o diagrama anterior (Figura 9), você pode ver quantas pessoas têm idades em cada faixa. Por exemplo, no grupo dos 10 anos, há várias pessoas com idades terminando em 8 e 9 ( 5 pessoas com 18 anos e 4 pessoas com 19 anos), enquanto no grupo dos 80 anos, há idades terminando em 1, 3, 5 e 6(1 pessoa com: 81 anos, 83 anos, 85 anos e 86 anos).

O *Boxplot*, também conhecido como diagrama de caixa, é uma representação gráfica amplamente utilizada na estatística para ilustrar as variações de dados de uma variável com base em quartis.

Cada ponto na cor preta representa a idade do entrevistado. Foi o utilizado para demonstrar a idade dos usuários conforme gráfico 4 a seguir:

Gráfico 4 — *Boxplot* (diagrama de caixa) da idade dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios. Março de 2023. Cada ponto representa um usuário entrevistado.



Fonte: elaboração própria.

Em relação à questão de gênero, não foi demonstrada uma influência significativa na caracterização dos atendimentos em minha pesquisa na UPA 24h Três Rios conforme Gráfico 11 abaixo.

Foram 153 do sexo masculino correspondendo a 54,6% dos atendimentos, enquanto as do sexo feminino foram 130 (45,94%).

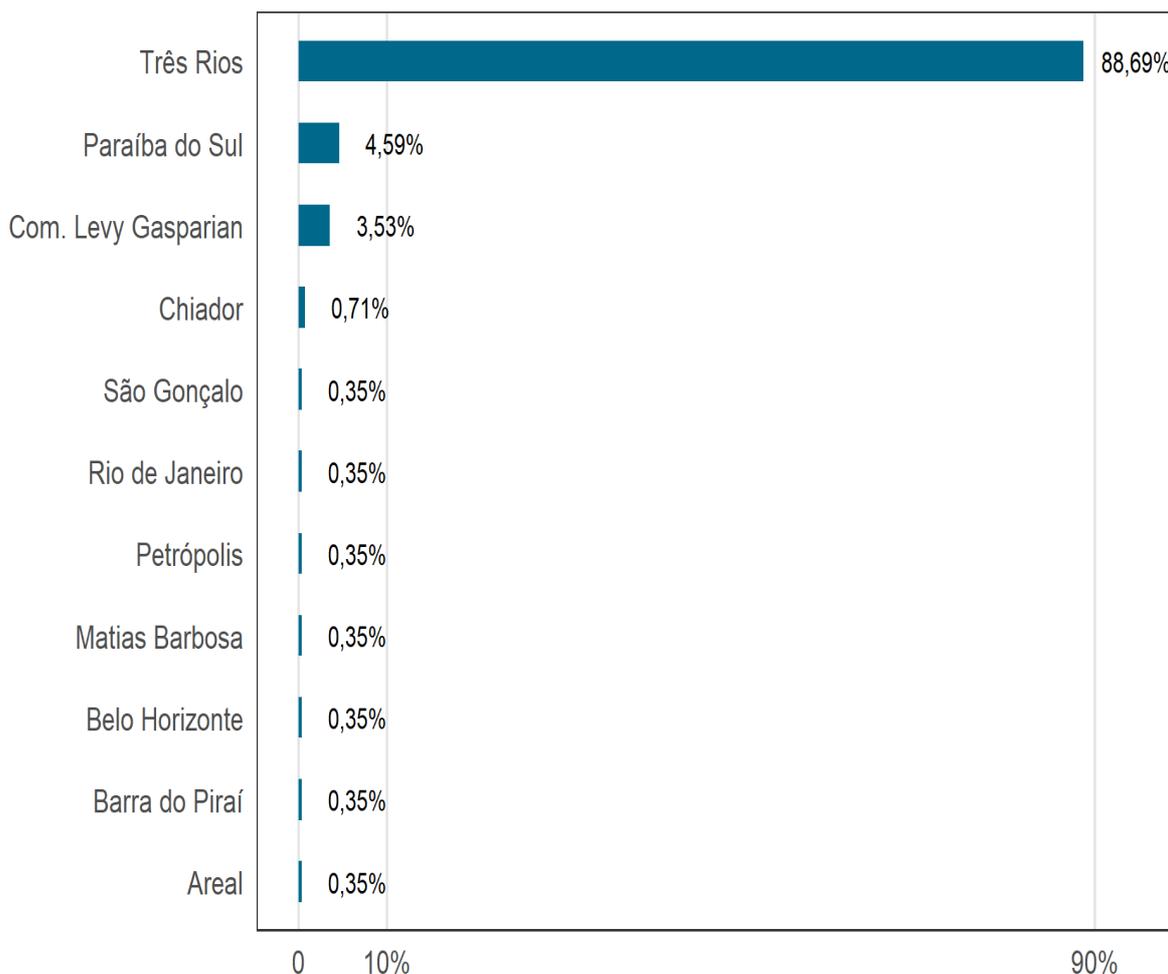
Conforme destacado em estudos anteriores (DINIZ, 2014). Estudos de Machado; et. al., (2015) não demonstraram diferenças significativas entre os gêneros.

O atendimento de UE de baixa e média complexidade é de responsabilidade dos municípios, que são gestores plenos de seus territórios, devendo se responsabilizar pela atenção integral à saúde de seus moradores.

No entanto, a UPA 24h Três Rios recebe usuários de vários municípios circunvizinhos (Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Areal, Paraíba do Sul dentre outros) e de municípios do Estado de Minas Gerais (Chiador e Santana do Deserto). Uma população flutuante que gira em torno de 400 mil.

Dos 283 registros no prontuário dos usuários avaliados, todos constavam sua procedência (município de origem) e identificou-se que a grande maioria residia no município de Três Rios (88.69%), seguido de Paraíba do Sul (4,59%), Comendador Levy Gasparian (2,53%), Chiador (0,71%) e outros, conforme gráfico 5 abaixo.

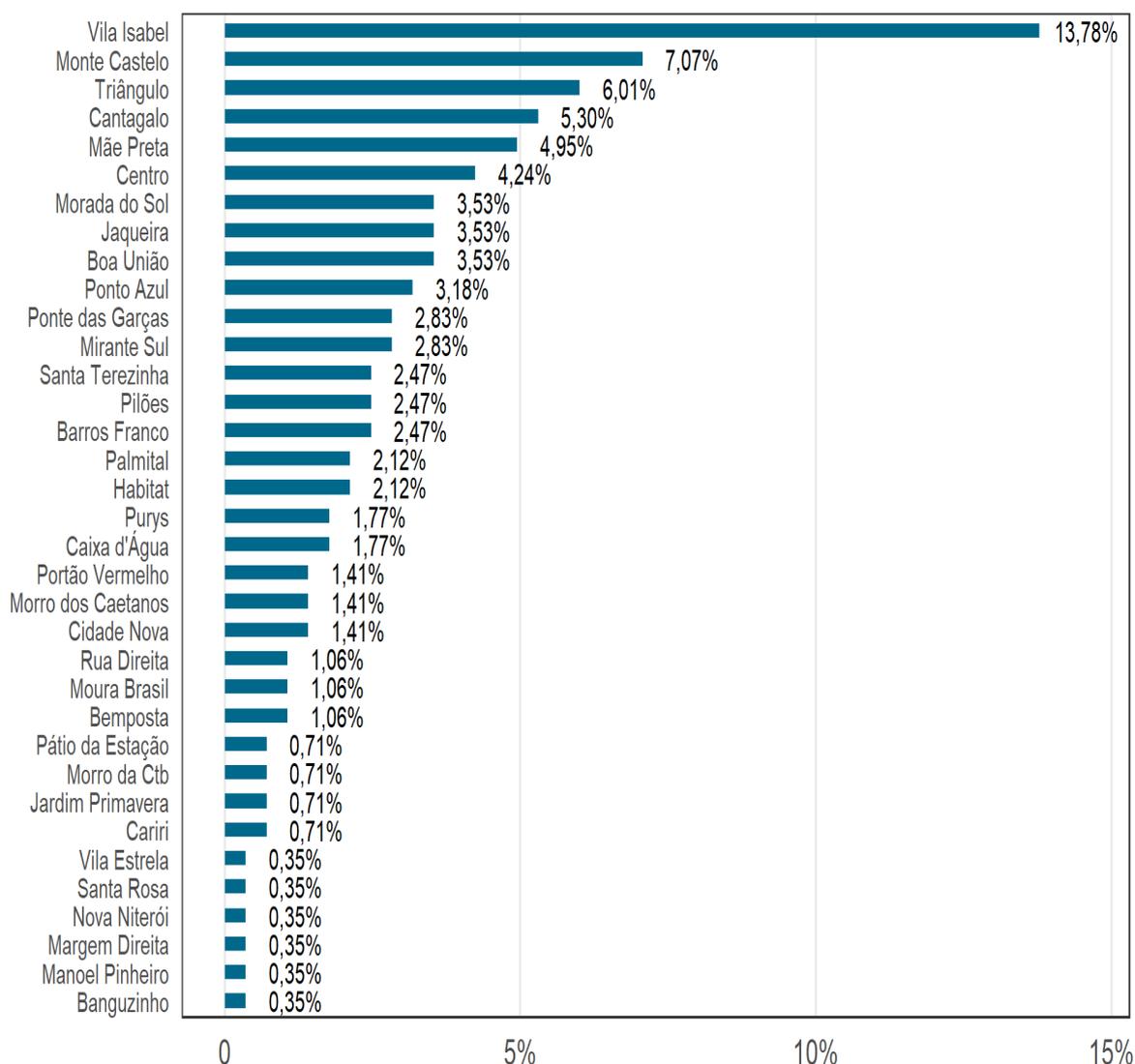
Gráfico 5 – Distribuição dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios por cidade de origem. Três Rios, março 2023.



Fonte: elaboração própria baseada nas entrevistas aos usuários da UPA 24h Três Rios.

Os dados abaixo no gráfico 6, apresentam a distribuição dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios, de acordo com o bairro de sua residência. Verifica-se que 13,78% dos usuários entrevistados são provenientes do bairro Vila Isabel, Monte Castelo (7,07%), Triângulo (6,01%), Cantagalo (5,30%), Mãe Preta (4,98%) dentre outros.

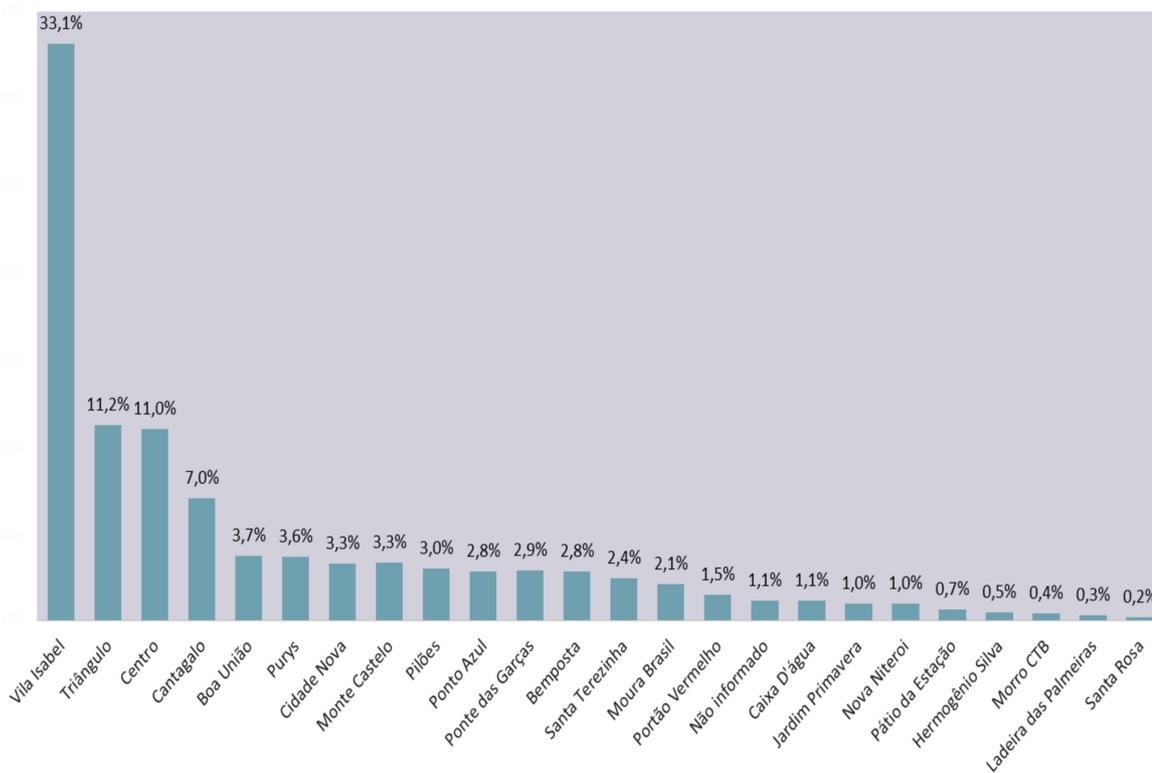
Gráfico 6— Distribuição dos usuários entrevistados na UPA 24h Três Rios por bairro de origem, Três Rios, março 2023



Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar que o bairro de Vila Isabel, onde se concentra a maior parte da população de Três Rios, apresenta um contingente expressivo dos entrevistados. Mesmo na época em que não possuía a ESF, era o bairro que mais concentrava usuários nos atendimentos da UPA 24h Três Rios em 2010 conforme gráfico 7 abaixo (BANDEIRA; MÉDICI, 2011).

Gráfico 7 - Porcentagem de Atendimentos de usuários de Bairros de Três Rios atendidos na UPA 24h Três Rios – Ano 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de informação (Klinikos).

Com relação ao fato em que foi solicitado ao usuário entrevistado, se ele frequenta a USF do seu bairro, pouco mais de 50% (50,3%) responderam que não. Isso é muito ruim para o município. O SUS oferece todos os serviços necessários para garantir a saúde da população, além do registro de informações sociodemográficas, subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, dentre outros

É fundamental enfatizar a importância do usuário em se cadastrar e frequentar a USF. Com isso, é possível estabelecer um vínculo entre a população e a equipe da USF, o que auxilia no planejamento das equipes na oferta de serviços e no acompanhamento individual dos usuários.

A continuidade do tratamento na ESF é importante para garantir além de um acompanhamento adequado, gerenciar condições crônicas, prevenir doenças, promover o autocuidado e estabelecer um vínculo de confiança entre o paciente e a equipe de saúde.

Através dessa abordagem contínua, os usuários podem receber cuidados personalizados, individualizados e coordenados, resultando em melhores resultados de saúde e melhor qualidade de vida.

Conforme Starfield (2002), a longitudinalidade ou vínculo longitudinal é um dos atributos fundamentais da atenção primária. É considerada uma característica central e exclusiva desse nível de cuidado, sendo definida pela autora como o acompanhamento contínuo realizado ao longo do tempo, por um médico de família e/ou equipe de saúde da família, abrangendo diversos episódios de doença e cuidados preventivos.

As estratégias de vínculo são reconhecidas como de vital importância para o trabalho na ESF. Entretanto, por muitas vezes e por diferentes causas, tais práticas estão perdendo espaço e deixando de cumprir com o seu papel construtor e potencializador do cuidado individualizado.

As estratégias de vínculo são amplamente reconhecidas como de extrema importância para o trabalho na saúde da família. No entanto, em várias ocasiões e devido a diversas causas, essas práticas estão sendo negligenciadas, deixando de cumprir seu papel fundamental de construir e potencializar o cuidado individualizado.

O vínculo é um elemento fundamental da APS, sendo um conceito recomendado nos referenciais e políticas relacionadas às boas práticas de atendimento. Em nosso estudo, em vez de buscar entender a percepção teórica sobre o conceito, nos concentramos nas atitudes e práticas das equipes de saúde, e em como elas se organizam para construir esse atributo relacional com os usuários (SANTOS, 2015).

A proposta de formação do vínculo retoma o conceito de cuidado e de qualidade na atenção, visto que permite um melhor acompanhamento do usuário e da família, permitindo assim melhor controle do processo saúde-doença. No entanto, se por um lado progride-se na assistência prestada através do acompanhamento, por outro lado, muitas vezes perde-se tempo em normatizações e burocracias que dificultam e atrasam o serviço.

Em relação aos principais motivos relacionados à procura aos serviços da UPA, foram encontrados resultados variados na literatura. Alguns estudos indicam que, de uma maneira geral, esses usuários procuram o pronto atendimento, principalmente, para obterem consultas médicas, realizar exames e ter acesso a medicamentos, dentre outros (DINIZ, 2014).

Estudos diversos mostram quais são os motivos que levam à procura pelos usuários a uma unidade de urgência e emergência. De uma maneira geral constatou-se que esta busca pelo atendimento estava relacionada à consulta médica, à realização de exames e ao acesso a medicamentos (DINIZ, 2014).

Alguns problemas de saúde com maior incidência, descritos pelos usuários da UPA 24h Três Rios, revelam que a maior parte deles poderia ser atendida na USF, à saber: “dor no corpo”, “dor lombar”, “diarreia”, “dor de garganta”, “conjuntivite”, dentre outros.

Para melhor entendimento, foram agrupadas as queixas principais dos usuários entrevistados de acordo com grupos pré-determinados pelo autor, que apareceram com maior frequência, conforme tabela 3 abaixo:

Tabela 3 – Agrupamento das queixas principais dos 283 usuários entrevistados que procuraram atendimento na UPA 24h Três Rios - Março de 2023.

DESCRIÇÃO DO GRUPO	TOTAL	PROPORÇÃO
SINTOMAS GRIPAIS	54	24,00%
DOENÇAS DO APARELHO OSTEOMUSCULAR	51	22,67%
INFECÇÃO GASTROINTESTINAL	42	18,67%
CEFALÉIA	28	12,44%
INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS OU RESPIRATÓRIAS	22	9,78%
VIROSE	13	5,78%
ALERGIA	7	3,11%
INFECÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS	6	2,67%
DOR PÉLVICA	2	0,89%
OUTROS	58	25,78%
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio.

O'dwyer; Konder (2022) identificaram algumas patologias como urgências próprias da APS como: infecções respiratórias, amigdalite, resfriado, gripe, bronquite, pneumonia, otite, infecções urinárias, gastroenterites, mialgias, dores lombares dentre outras. O objetivo do estudo de Diniz (2014), foi identificar a demanda clínica dos usuários atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma UPA, seguindo o protocolo de Manchester. As principais queixas relatadas pelos usuários foram "indisposição no adulto", "problemas nos membros", "dor abdominal" e "cefaleia".

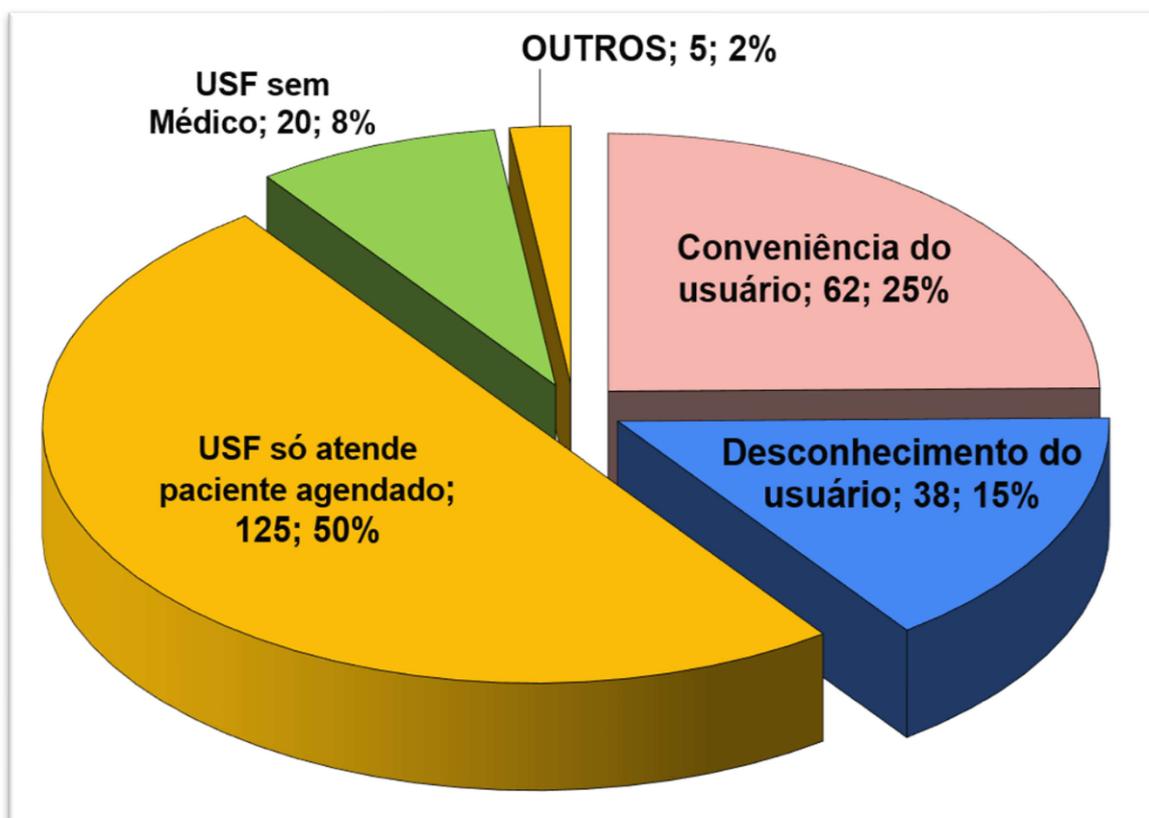
Portanto, ao analisar o volume de atendimentos por horário, constatou-se que o período noturno, apresentou o maior volume e a maior gravidade dos casos. Já durante o período diurno, a maioria dos atendimentos foi de menor gravidade.

Com relação aos usuários entrevistados, sugere que há uma “demanda espontânea”, que procura a UPA 24h Três Rios, como primeira porta de entrada para questões de saúde que poderiam ser tratadas na APS.

Esse fenômeno pode ser explicado por diversos fatores: como falta de informação sobre os serviços disponíveis na rede básica, falta de confiança na qualidade do atendimento prestado na atenção básica, e dificuldades de acesso geográfico ou financeiro. Praticamente todos os atendimentos poderiam ter sido feitos adequadamente resolvidos na APS de acordo com o “motivo que procurou a UPA” e consequentemente o CID final da consulta.

Os principais motivos que levaram a população a buscarem a UPA 24h Três Rios, antes de recorrerem à USF de sua localidade, foram categorizados conforme critérios estabelecidos pelo autor, visando aprimorar a compreensão do leitor. O gráfico 8 abaixo evidencia os principais motivos.

Gráfico 8 – Principais motivos dos usuários a procurarem diretamente a UPA 24h Três Rios, antes de procurarem a USF do seu bairro, Três Rios, 2023.



Fonte: Elaborado pelo próprio a partir das entrevistas.

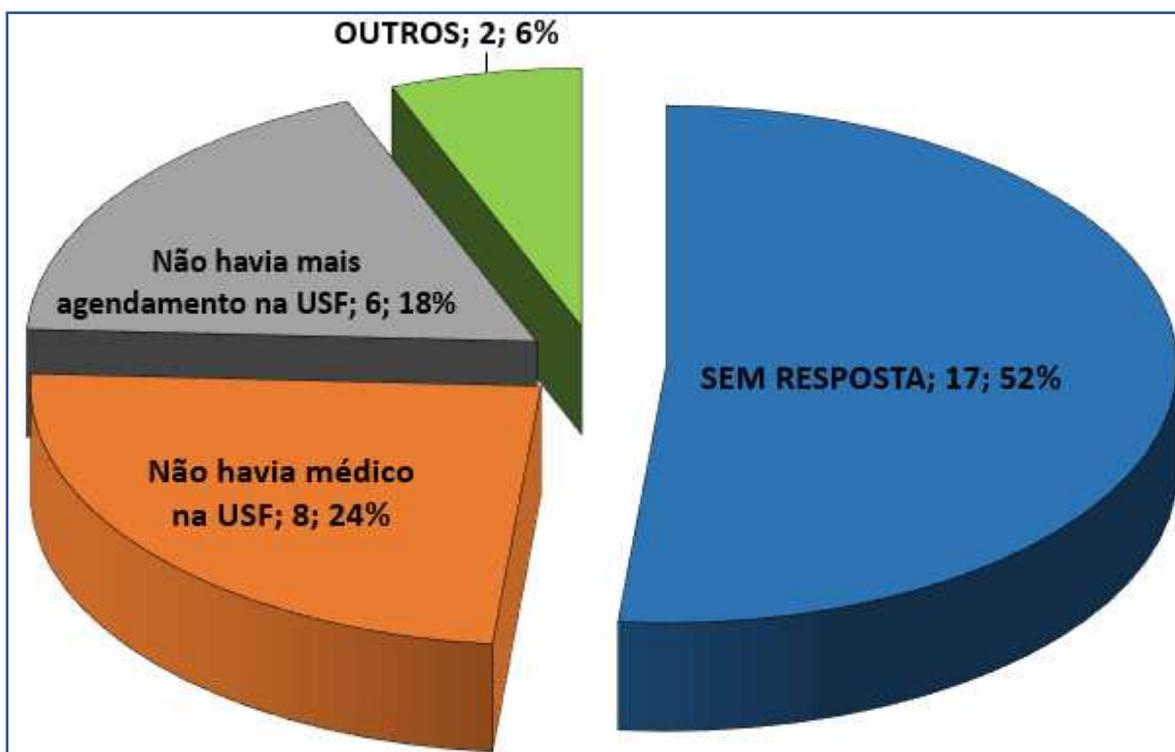
Dos 283 entrevistados, 250 (88,3%) foram diretos para UPA 24h Três Rios. Segundo os entrevistados, o fator predominante é a limitação da USF em atender

apenas usuários previamente agendados, representando 50% (125) dos casos, enquanto questões de conveniência/comodidade dos usuários também desempenharam um papel significativo, totalizando 25% (62) das ocorrências.

Além disso, desconhecimento dos usuários totalizou 38 (15%), enquanto a USF sem médico resultou em 20 (8%). Ao verificar os usuários que inicialmente recorrem à USF antes de dirigirem-se à UPA 24h Três Rios, observou-se que, entre os 283 entrevistados, somente 33 deles (correspondendo a 11,66% do total) optaram por procurar a USF do seu bairro antes de receberem atendimento na UPA.

Dentro deste grupo de 33 usuários que escolheram a USF do seu bairro como primeira opção, antes de recorrerem à UPA 24h de Três Rios, 8 deles (representando 24%) relataram que não havia médico e 06 deles (representando 18%) não conseguiram ser atendidos, devido à falta de disponibilidade para agendamento de consulta na USF, dentre outros. O gráfico 9 abaixo evidencia os principais motivos:

Gráfico 9 – Principais motivos da busca pela UPA 24h Três Rios, devido à ausência de atendimento nas USF, Três Rios, 2023.



Aos poucos a população percebe, através de suas interações com os serviços de saúde, que é mais conveniente procurar atendimento na UPA 24h Três Rios quando necessita de uma solução rápida para seus problemas ou quando precisa de

exames específicos. A USF que é responsável pelo seu cuidado, não assegura o atendimento quando não há agendamento prévio, e nem consegue referenciar os pacientes que lá procuram. Santos (2017), mostrou que a principal motivação para buscar atendimento na UPA 24h Três Rios, ao invés de procurar a USF, é a dificuldade de agendar consultas e/ou ser atendido no mesmo dia nas USF, juntamente com a escassez de médicos que trabalhem em horário integral no posto.

O estudo ainda destacou um problema que aponta para duas hipóteses as quais podem orientar planos de ação visando melhorias no atendimento da UPA de Três Rios. Essas hipóteses são: a baixa capacidade da Atenção Primária em resolver problemas de saúde em nível regional e a baixa capacidade dos Pronto-socorro municipais de lidar com casos de urgência e emergência, resultando em uma alta demanda para a UPA 24h Três Rios. É importante ressaltar que o usuário do SUS, que procura a UPA 24h Três Rios, tanto por livre arbítrio como também é direcionado a buscar esse atendimento pré-hospitalar fixo pela própria USF, que se vê impossibilitada de atender as urgências, que chegam à Unidade pela forma como se organiza o trabalho, principalmente, voltado às consultas programadas.

A população adquire a percepção de que é mais conveniente procurar atendimento na sala de emergência, quando precisa de uma solução rápida para seus "problemas" ou para realizar exames específicos. A USF, responsável pelo território onde residem, não oferece atendimento garantido, quando não há um agendamento prévio. Os usuários avaliam por conta própria o tempo de espera que estão dispostos a tolerar para serem atendidos e, com base nisso, direcionam suas demandas aos serviços de saúde aos quais estão familiarizados (BARROS, 2007).

Os profissionais de saúde reconhecem que os usuários que deveriam ser atendidos na atenção primária à saúde acabam sobrecarregando os serviços de urgência e emergência (LACALLE ; RABIN, 2016).

A literatura mundial aponta que o usuário frequente de serviços de emergência tem contribuído para a sobrecarga do sistema de saúde e da equipe que atua nessas unidades (MACHADO, et al., 2015).

A quantidade de atendimentos de baixo risco nas UPAs está excedendo sua capacidade, mas essa situação pode ser resolvida através do fortalecimento da APS. Apesar dos progressos normativos para estabelecer a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a sobrecarga no atendimento de urgências nos serviços de pronto-atendimento, especialmente nas UPA, continua sendo um problema

persistente. O impacto causado pela superlotação tem sido destacado em vários estudos recentes (O'DWYER ; KONDER, 2017; PRUDENCIO, et. al., 2016).

Os 283 atendimentos aos usuários da UPA 24h Três Rios, que responderam ao questionário da pesquisa, foram analisados levando em consideração a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (popularmente conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a fim de identificar os principais motivos de consulta (queixa principal). Os 20 diagnósticos mais frequentes registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os 08(oito) capítulos do CID10, conforme Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Principais diagnósticos registrados nos 283 atendimentos aos usuários da UPA 24h Três Rios, no período de março de 2023.

<b>Grupo de Doenças por Capítulo</b>	<b>CID</b>	<b>Nº. de registros</b>	<b>Total</b>
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M79.1	18	68 (24%)
	M545	10	
	M255	10	
	M796	8	
	M539	6	
	M542	5	
	Outros	11	
X - Doenças do aparelho respiratório	J118	15	43 (15,1%)
	J111	11	
	J00	6	
	Outros	11	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09	14	33 (11,6%)
	B349	9	
	Outros	10	
XI - Doenças do aparelho digestivo	K529	12	28 (9,5%)
	K591	4	
	Outros	12	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R11	5	27 (9,54%)
	R101	4	
	R70	4	
	R05	4	
	Outros	10	
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	Y66	19	21 (7,4%)
	outros	2	
IX - Doenças do aparelho circulatório	I10	9	12 (4,2%)
	Outros	3	
V - Transtornos mentais e comportamentais	F411	9	09 (3,1%)
Outros registros CID10	---	---	42
<b>Total de atendimentos</b>	---	---	<b>283</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos do Programa Klinikos da UPA 24 H Três Rios.

Os 20 diagnósticos mais frequentemente registrados, dentre o total de 91 identificados, corresponderam a 85,9% (n=241) dos atendimentos. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (24,02%), doenças do aparelho respiratório (15,1%), doenças infecciosas e parasitárias (11,6%), doenças do aparelho digestivo (9,5%), Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (9,54%), doenças do aparelho circulatório (4,2%) e os transtornos mentais e comportamentais (3,1%) foram os mais frequentes.

Um elevado número de atendimentos considerados como urgências de baixo risco registradas na UPA 24h Três Rios, evidencia que a rede básica de saúde não tem conseguido desempenhar adequadamente essa função, apesar de que a ESF ter uma cobertura de 100% da população.

Nesse viés, a situação pode ser explicada por vários fatores, dentre as quais a falta de preparo das equipes de atenção básica para lidar com situações agudas, a falta do profissional médico na Unidade, a falta de recursos e equipamentos adequados, a insuficiência de profissionais médicos e de enfermagem, dentre outros.

Além disso, muitas vezes a população não tem clareza sobre o papel da APS no sistema de saúde e acaba recorrendo diretamente à emergência por considerá-la um serviço mais resolutivo.

Por outro lado, as equipes de saúde da família também podem encaminhar os usuários para a emergência por receio de assumir a responsabilidade por casos mais graves, o que indica uma falha na articulação e integração entre os diferentes níveis de atenção.

Como critérios de exclusão desta pesquisa, os que teriam sido referenciados da APS não seriam entrevistados. Porém, durante as entrevistas não foi identificado nenhum usuário que tenha sido referenciado da APS para UPA 24h Três Rios.

Os dados relativos ao funcionamento da UPA apontam problemas da organização da APS no município, relacionados ao alto número de usuários de baixa complexidade atendidos na UPA. O papel da UPA no sistema de saúde local está definido como um serviço, para o referenciamento de usuários de baixa complexidade.

Um estudo realizado pela California Healthcare Foundation em 2006 identificou quatro fatores-chave que contribuem para a superutilização dos serviços de emergência por parte dos californianos com seguro privado. Esses fatores são os seguintes:

1-Falta de acesso a atendimento médico imediato: Os segurados enfrentam dificuldades para obter atendimento médico imediato quando necessário, o que leva muitos a recorrerem aos serviços de emergência como única opção disponível;

2-Falta de orientação dos médicos sobre como lidar com situações médicas inesperadas: A falta de aconselhamento dos médicos sobre como gerenciar problemas de saúde inesperados leva os segurados a buscar os serviços de emergência como uma forma de obter orientação e cuidados médicos imediatos;

3-Falta de alternativas, como médicos de atenção primária, centros de urgência ou aconselhamento de enfermagem: A ausência de opções de atendimento médico de baixa complexidade, como médicos de atenção primária, centros de urgência ou aconselhamento de enfermagem, leva os segurados a buscar os serviços de emergência como uma alternativa conveniente;

4-Atitudes positivas em relação aos serviços de emergência: A percepção de que os serviços de emergência oferecem facilidade de acesso a testes diagnósticos, conveniência de horários, acesso a especialistas e recursos para assistência médica cria uma predisposição dos segurados em utilizar esses serviços em detrimento de outras opções disponíveis (CALIFORNIA HEALTH FOUNDATION, 2006, p.1).

Embora o estudo tenha sido conduzido em um país com um sistema de saúde predominantemente privado, o raciocínio e as descobertas dessa pesquisa podem se aplicar ao perfil de usuários do SUS no Brasil.

Assim, como os californianos com seguro privado, os usuários do SUS no Brasil também podem enfrentar desafios semelhantes em relação ao acesso a atendimento médico imediato.

Devido à demanda por serviços de saúde no SUS, muitas vezes há dificuldades em garantir consultas e tratamentos rápidos, o que pode levar as pessoas a buscarem atendimento de emergência como única opção disponível.

Além disso, a falta de orientação dos médicos sobre como lidar com situações médicas inesperadas também pode ser um problema para os usuários do SUS. Assim, a falta de informações adequadas sobre cuidados primários e orientações sobre onde buscar ajuda em casos de saúde não emergenciais, pode resultar em uma maior procura por serviços de emergência.

Outro ponto relevante é a falta de alternativas de atendimento médico de baixa complexidade no SUS, como médicos de atenção primária, centros de urgência ou aconselhamento de enfermagem. A escassez dessas opções pode levar os usuários do SUS a recorrerem aos serviços de emergência como uma alternativa conveniente e acessível.

Como mencionado nessa pesquisa, atitudes positivas em relação aos serviços de emergência podem influenciar o comportamento dos usuários do SUS. Percepções de que os serviços de emergência oferecem acesso a testes diagnósticos, especialistas e recursos de assistência médica, podem levar algumas pessoas a optarem por buscar esses serviços em vez de buscar outras opções dentro do sistema de saúde.

Portanto, embora as circunstâncias possam variar entre o sistema de saúde privado da Califórnia e o sistema público do SUS no Brasil, o raciocínio e as conclusões dessa pesquisa podem ser aplicados para entender o perfil dos usuários do SUS e suas motivações para buscar serviços de emergência.

Essa compreensão pode auxiliar na identificação de áreas de melhoria no sistema de saúde brasileiro, visando oferecer alternativas de atendimento mais eficientes e reduzir a superutilização dos serviços de emergência.

Desse modo, os fatores contribuem também para a superutilização dos serviços de emergência do SUS pelos segurados, aumentando a demanda e colocando pressão sobre esses serviços.

## 4.2 TIPIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DAS USF E DA UPA 24H TRÊS RIOS

### 4.2.1 Tipificação dos atendimentos das USF

Nesta seção, irei relatar sucintamente a articulação dos serviços de saúde existentes no município, o processo de referência e contrarreferência e o fluxo de atendimento. O sistema e a tecnologia da informação e alguns indicadores de saúde serão apresentados.

E para finalizar irei relatar o processo de acolhimento e classificação de risco e evidenciarei os tipos de atendimentos realizados nas 34 USF do município de Três Rios, a relação entre os tipos de atendimento na APS (demanda espontânea, demanda programada e de urgência), e a forma como o acesso é organizado.

### 4.2.2 A ESF e sua divisão

Atualmente, a ESF de Três Rios alcança uma cobertura de 100%, contando com um total de 82.142 indivíduos registrados no E-SUS/AB (2023). Em todas as USF,

há uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais (TRES RIOS, 2022).

O município possui 82.142 habitantes (IBGE 2022) e uma cobertura de 100% das famílias inseridas na área de abrangência. Atualmente a APS possui 75.904 pessoas cadastradas na Atenção Primária, dentre as quais se encontram crianças menores de 02 anos (1874), Gestantes (667) e idosos (16335).

As patologias de maior predominância são a Hipertensão (16335) e o Diabetes (4090) totalizando (20425) cadastrados. Possui uma população de acamados de 215 usuários (TRES RIOS, 2022).

Encontram-se implantadas 29 USF e 5 Subunidades, juntamente com 26 equipes de Saúde Bucal. As unidades são compostas por equipe mínima exigida pelo MS (Enfermeiro, dentista, ACD, Técnico de Enfermagem, ACS) além do aux. Administrativo e auxiliar de serviços gerais. As ações contam com apoio das Redes de Saúde como a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), Urgência e Emergência, Psicossocial, Doenças Crônicas não transmissíveis e Rede da Pessoa com Deficiência.

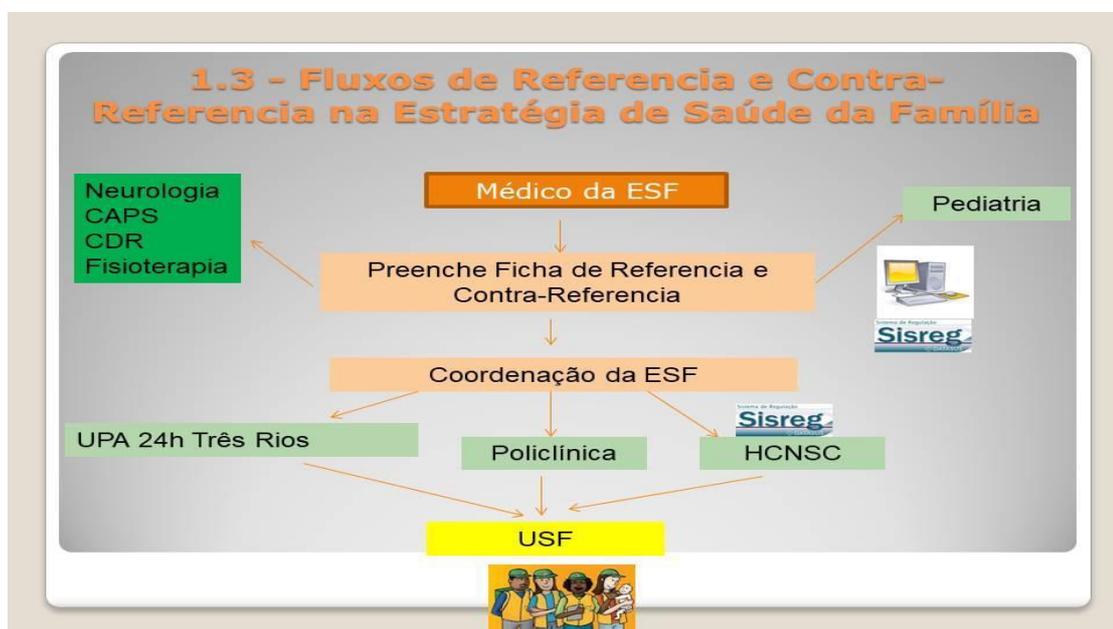
Além disso, possui 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, compostos por profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros e educadores físicos, que oferecem suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família local. Há uma divisão regional, com a finalidade de agrupar a USF de acordo com a Região de acesso e perfil epidemiológico (TRES RIOS, 2022).

#### **4.2.3 A ESF: Fluxos de referência e contrarreferência**

Neste segmento, busca-se descrever o processo de articulação dos serviços de saúde disponíveis no município, bem como o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, e o acompanhamento dos usuários.

O sistema local opera de forma hierarquizada, tendo a USF e os serviços de pronto-atendimento como portas de entrada, que encaminham os usuários para os setores secundários e terciários. O fluxo de atendimento proposto ESF é ilustrado na figura 7 abaixo:

Figura 7 – Fluxo de referência e contrarreferência na ESF, nos serviços de saúde, Três Rios, 2023.



Fonte: Coordenação da APS da secretaria de saúde de Três Rios.

As solicitações de referências aos especialistas e de exames é principalmente realizada pelo médico da APS. Para encaminhar o paciente, o profissional preenche a ficha de referência com os dados clínicos do usuário, com a finalidade de agendar a consulta por meio do SISREG na própria USF.

No caso dos exames, o médico deve incluir o CID e a Classificação de Risco nas prescrições para que sejam inseridos no sistema e regulados. Após o agendamento das consultas com especialistas e dos exames, os Agentes Comunitários de Saúde comunicarão ao paciente a data e o local do atendimento.

As consultas especializadas são conduzidas no Posto Central, na Clínica da Família ou por meio do Programa Saúde no seu Bairro, uma estratégia que oferece atendimentos em diversas especialidades, como otorrinolaringologia, cardiologia, oftalmologia, gastroenterologia, ginecologia, ortopedia, endocrinologia, alergologia, neurologia, pneumologia e angiologia.

Uma carreta com consultórios médicos é utilizada para realizar essas consultas nos diferentes bairros do município. Antes disso, é realizada uma avaliação preliminar da demanda reprimida nessas especialidades na USF, a fim de elaborar um cronograma de acordo com a necessidade atual da fila de espera.

A execução do Programa se dá mediante o Planejamento por demanda reprimida, de maneira itinerante e de acordo com a necessidade de cada localidade, levando o atendimento até o usuário, aumentando a captação e diminuindo absenteísmo.

No que diz respeito aos serviços de apoio diagnóstico, além da oferta da rede pública em seus três níveis (municipal, estadual e federal) a complementação da oferta da rede municipal conta com serviços contratados de Hospital filantrópico e da rede privada.

Os exames de Eletrocardiograma (ECG) e Eletroencefalograma (EEG) são realizados no próprio Posto Central, que faz parte desta rede municipal. Já os exames de imagem são conduzidos em clínicas terceirizadas (Proscan e Santa IZabel) e no Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição. Quanto aos exames laboratoriais, são utilizados os serviços dos laboratórios terceirizados (Correias, Tinoco, Lablife e Labclin), por meio de contratos pré-estabelecidos, haja vista que o município não possui laboratório próprio.

Os exames de Média Complexidade, em diagnóstico por imagens, endoscopia, e exames de Alta complexidade, diagnóstico em Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética no prestador filantrópico e rede privada.

#### **4.2.4 O sistema e a tecnologia da informação**

A Tecnologia da Informação e Comunicação (TI) é um conjunto de recursos que abrange computadores, programas de computador, dispositivos de coleta de dados, tecnologias de comunicação sem fio e redes, responsáveis por facilitar o fluxo de informações. Além disso, o âmbito da TI envolve profissionais que se dedicam à concepção, implementação e suporte dessas ferramentas, bem como ao sistema de informação (DECS, 2017).

Um sistema de informação é uma poderosa ferramenta que oferece suporte no processo de tomada de decisões em todos os níveis de uma organização (HOLLOWAY, 2004).

Neste contexto, um sistema informatizado de informações refere-se a um mecanismo que disponibiliza dados sobre os cidadãos e a prestação de serviços e/ou gerenciamento de demandas, principalmente nas áreas da saúde e do jurídico, com o auxílio da tecnologia da informação e comunicação.

Toda a rede de Saúde básica está informatizada. O principal sistema de informação para gestão dos processos de trabalho na APS é o e-SUS.

Para acesso às consultas especializadas e apoio diagnóstico, além do e-SUS as unidades utilizam o SISREG para inserção de suas demandas, uma vez que apenas na patologia clínica, as cotas estão programadas e descentralizadas. Os demais exames são inseridos em fila e regulados pelo complexo regulador municipal.

A USF emprega o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) como uma ferramenta para gerenciamento e monitoramento das marcações de consultas e exames. Além disso, elas realizam a articulação entre suas equipes e outros pontos de atenção, como a Coordenação de Regulação e APS.

Essa comunicação é facilitada por meio de ferramentas como e-mail, grupos de WhatsApp e o SPARK, um dispositivo que interliga as unidades e as gerências.

A Portaria n.º 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), datada de 10 de julho de 2013, revogada pela Portaria de consolidação n.º 1 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c), estabeleceu a criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A implementação e funcionamento do SISAB são realizados através da estratégia denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), visa reestruturar as informações da AB em todo o país.

Essa estratégia está relacionada ao processo de informatização qualificada do SUS, visando estabelecer um SUS eletrônico (e-SUS). Seu principal objetivo é implementar um novo modelo de gestão de informações que apoie os municípios e os serviços de saúde na efetiva gestão da AB, além de melhorar a qualidade do cuidado prestado aos usuários (BRASIL, 2013).

A USF conta com equipamentos (computadores) em seu funcionamento. Com relação à classificação de risco, não existe nenhum protocolo estabelecido no município para a USF.

No entanto, saliente-se a importância de implementá-la em todas as unidades de saúde, visando assegurar a equidade e humanização no acesso dos usuários. Conforme relato a seguir de um dos entrevistados, não há classificação de risco na USF:

“Implantar uma classificação na Atenção Básica também é um desafio.” Entrev2

“Primeiro que falta o acolhimento na Atenção Básica para este paciente quando chega a unidade.” “A unidade não realiza uma Triage para classificar esse paciente.” Entrev3

“...classificação de risco uma vez que atenção primária não pode suprir essa demanda.” Entrev4

“Não temos no município uma classificação de risco nos pontos de atenção à saúde ns PSF.” Entrev5.

#### **4.2.5 Parâmetros assistenciais**

A programação em saúde envolve a definição de um conjunto de ações com metas e prazos específicos, levando em conta processos organizacionais de curto, médio e longo prazos, requisitos legais e normativos, prioridades de gestão e administração dos recursos disponíveis. Isso é feito com o objetivo de alcançar os objetivos planejados e estratégicos propostos (CHORNY; KUSCHINIR; TAVEIRA, 2008).

A Portaria Ministerial n.º 1.101 de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), que revogou a Portaria n.º 3.046 de 20 de julho de 1982, definiu os parâmetros assistenciais do SUS.

Tais parâmetros constituíram recomendações técnicas ideais para planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas e incluíam tanto os parâmetros de cobertura, destinados a estimar as necessidades de atendimento a determinada população, quanto os parâmetros de produtividade, destinados a estimar a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, materiais ou físicos (ARANTES, 2004).

Além de definir os Parâmetros Assistenciais do SUS, ela definia diretrizes e fornecia orientações técnicas ideais para o planejamento, programação e priorização das medidas de saúde a serem implementadas.

Elas abrangiam dois conjuntos de parâmetros: os parâmetros de cobertura, que estimavam as necessidades de assistência para uma determinada população, e os parâmetros de produtividade, que estimavam a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, materiais ou físicos (ARANTES, 2004).

A necessidade de reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde orientada principalmente pelas necessidades de saúde, bem como a necessidade construção de consensos progressivos sobre a organização do sistema de saúde e os serviços que devem ser oferecidos por ele, fez

surgir a necessidade de uma nova proposta para otimizar a oferta de serviços de saúde, visando garantir sua adequação às necessidades das áreas locais, que culminou com a publicação da Portaria n.º 1.631 de 1 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015), revogando a Portaria n.º 1.101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), que por sua vez foi revogado pela Portaria de consolidação n.º 1 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

Conforme estabelecido na Portaria n.º 1.631 de 1 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015), o objetivo desta proposta não é apenas romper com a abordagem tradicional de estabelecer parâmetros simplesmente ajustando os valores das séries temporais da oferta de serviços, mas também reorientar a lógica de definição desses parâmetros, levando em consideração a avaliação das necessidades de saúde. Isso é feito por meio de métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos, adotando novos critérios e parâmetros para o planejamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

No entanto, é importante ressaltar que tanto os critérios quanto os parâmetros não possuem caráter impositivo ou obrigatório nessa portaria. Isso significa que estados e municípios têm total liberdade para realizar ajustes que considerem necessários, a fim de adequar-se à realidade epidemiológica e demográfica, além dos níveis de oferta e do estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios (BRASIL, 2015).

Dessa forma, essa abordagem não apenas possibilita a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas também desempenha um papel crucial na identificação de desigualdades de acesso e na definição de prioridades para a alocação de recursos.

De acordo com o texto da portaria, essa abordagem proporcionaria a garantia de uma adequada suficiência de serviços, capazes de oferecer maior capacidade de resolução para as demandas de saúde.

A Portaria n.º 1.631, de 1º de outubro de 2015 definiu em seu Art.º 3 e Art. 4º o seguinte:

Art. 3º Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades

epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Art. 4º Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde.

§ 1º Os Estados e Municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios.

§ 2º. Excetuam-se deste caput, os critérios e parâmetros constantes do Capítulo II do documento de que trata esta Portaria: Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico por possuírem regras para habilitação e/ou credenciamento no âmbito do SUS.

Portanto, com base no § 2º, desta portaria, irei descrever a partir de agora a oferta de consultas na rede municipal de saúde do município de Três Rios, identificando quais as portarias ou outros arcabouços legais (nacional ou loco-regional), no sentido de orientar a definição de parâmetros de oferta destas consultas a partir desses parâmetros atualizados, focado no número de consultas médicas na APS e na RUE.

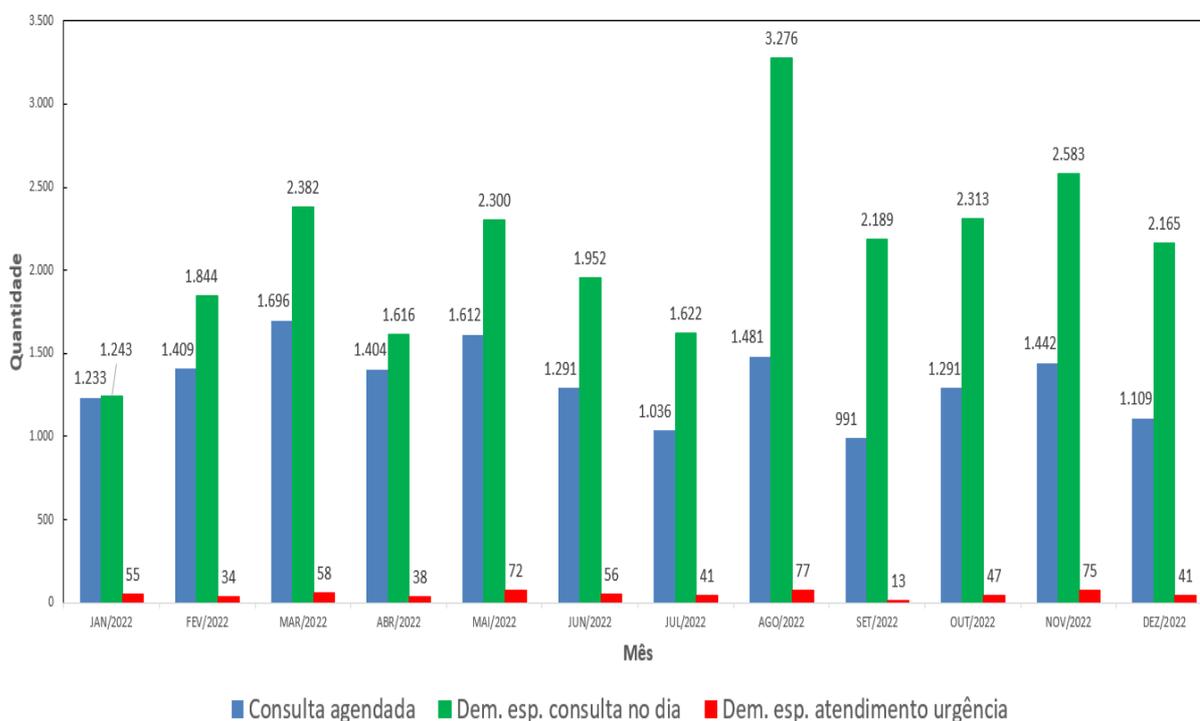
Desse modo, os parâmetros fornecem subsídios no contexto da gestão municipal, permitindo que haja uma variedade de ações e estimativas diferenciadas para a oferta dessas ações, visando uma maior proximidade com a população de forma progressiva e crescente.

#### **4.2.6 Números e tipos de atendimento na APS**

No ano de 2022 foram realizados na USF do município de Três Rios um total de 43.911 atendimentos, sendo 60,6% por demanda espontânea (25.485) e 38,0% de demanda programada (consulta agendada) (15.995) e 1,4% de atendimentos de urgência (607).

Com relação à distribuição dos atendimentos ao longo do ano, verificou-se que foi bastante semelhante entre a USF, conforme gráfico 10 abaixo:

Gráfico 10 — Número de atendimentos na USF do município de Três Rios, segundo o Tipo de Demanda e mês de ocorrência - Ano 2022.



Fonte: Elaboração própria a partir do SISAB.

Estudos de Amaral, *et al.*, (2015) demonstram que encontrar um equilíbrio entre os atendimentos de demanda espontânea e os atendimentos programados é um desafio diário na USF, que frequentemente estão sobrecarregadas devido à grande adstrição de habitantes em suas equipes.

É essencial estabelecer um equilíbrio adequado entre esses tipos de atendimentos, pois a priorização excessiva das demandas espontâneas pode introduzir a lógica dos serviços de pronto-atendimento na Atenção Básica.

Dar prioridade às demandas programadas pode limitar a capacidade de absorção das demandas espontâneas, as quais são fundamentais para ampliar o acesso dos usuários aos serviços.

A respeito da relação entre demanda espontânea e demanda programada, diversos apontamentos surgiram e identificada nos estudos de Faria e Campos (2012), constataram que as equipes, as quais priorizavam mais a demanda programada do que a demanda espontânea, apresentavam maior organização, destacando que um processo de trabalho estruturado reduz a demanda espontânea.

Segundo Santos (2012), observa-se uma tendência para alcançar um equilíbrio entre os atendimentos de demanda programada e a demanda espontânea. Tal abordagem, de acordo com o autor, contribui para práticas centradas nas necessidades das pessoas, cumprindo as expectativas de uma Atenção Básica resolutive e que seja reconhecida pelos usuários como um serviço de busca regular.

Sisson (2011), identificaram que o excesso de demanda espontânea nas unidades estava prejudicando a efetiva implementação das ações programáticas da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Outro estudo indicou que, ao expandir a oferta de demanda espontânea (DE) e reduzir a agenda de demanda programada (DP), houve um aumento no número de usuários com agravamento de doenças crônicas (GOMES, 2013).

Conforme Amaral; Abrahão e Pina (2015), o atendimento de demanda espontânea baseado em uma abordagem de queixa-conduta pode proporcionar uma resolução mais rápida para o volume de demanda na Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, ao longo do tempo, esse modelo pode se transformar em um padrão medicalizante que resultará em um aumento contínuo da demanda.

No estudo conduzido por Santos (2012), foi realizada uma análise da organização das práticas assistenciais nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) em quatro centros urbanos.

Os resultados, dessa análise, indicaram uma tendência de equilíbrio entre o atendimento às demandas programadas e espontâneas, o que corrobora práticas centradas nas necessidades das pessoas.

O estudo realizado por Correia (2010) teve como objetivo avaliar a compreensão do modelo de atenção básica nas ações de saúde. O autor constatou que, independentemente da categoria profissional, a compreensão predominante sobre o modelo de atenção é o modelo assistencial privatista.

Esse modelo reflete a ênfase nas ações curativas, em uma abordagem individualista, em que o médico desempenha um papel central e o atendimento é baseado na demanda espontânea.

O estudo realizado por Constantino (2019) teve como objetivo identificar as potencialidades e fragilidades na construção da agenda no âmbito da saúde da família, levando em consideração a percepção dos profissionais em relação à organização do atendimento clínico.

Os resultados evidenciaram grande parte dos profissionais incorporaram critérios de risco para priorizar a assistência, reservando uma parcela maior do tempo para atender a demanda espontânea.

É essencial estabelecer um equilíbrio adequado entre esses tipos de atendimentos, pois a priorização excessiva das demandas espontâneas pode introduzir a lógica dos serviços de pronto-atendimento na Atenção Básica. Dar prioridade às demandas programadas pode limitar a capacidade de absorção das demandas espontâneas as quais são fundamentais para ampliar o acesso dos usuários aos serviços.

O Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) estabelecida pela Resolução SES n.º 2.348 de 15 de julho de 2021 no estado do Rio de Janeiro, é uma estratégia para o cofinanciamento da APS.

Este programa possui três componentes e um deles está relacionado ao desempenho das equipes, sendo avaliado através de indicadores específicos de atendimentos dos profissionais.

Um desses indicadores é definido como o de acesso, por meio da verificação da razão de consultas médicas e de enfermagem, sobre a população estimada pela cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Sendo assim, é possível verificar que a razão de consultas médicas do município em 2022 foi de 0,54 consultas (44.794/82.142) por habitantes ao ano. Considera-se toda a população, pois a cobertura atual da Atenção Primária é 100%. Ressalta-se que a meta para esse indicador é 1 consulta hab./ano.

Verifica-se também que o município não alcançou a meta estabelecida para o ano de 2022, sendo necessário aprimorar a organização da agenda dos profissionais envolvidos, bem como a identificação e o acompanhamento dos grupos de risco e das famílias vulneráveis.

É crucial também compreender melhor os fatores que contribuíram para o não cumprimento da meta de desempenho. Essas medidas têm como objetivo garantir o acesso às consultas, a fim de que os cuidados com a saúde sejam oferecidos de forma abrangente e que não ocorram prejuízos ao financiamento da APS.

Analisando a produção de consultas médicas no município no ano de 2022, verifica-se que os três níveis da Atenção alcançaram o número de 363.966, conforme tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Número de consultas médicas nos níveis da RAS no município de Três Rios, no ano de 2022.

SERVIÇO	Nº DE CONSULTAS MÈDICAS
Atenção Primária	44.794
Atenção Especializada	72.033
Atenção á Urgência e Emergência	247.146
<b>TOTAL</b>	<b>363.966</b>

Fonte: Elaboração própria.

As três tabelas abaixo evidenciam a origem dos dados contidos na tabela 5. Essas foram extraídas do banco de dados secundários do Ministério da Saúde disponibilizada no sítio eletrônico do DATASUS:

Tabela 6 – Razão de consultas médicas na APS por população estimada coberta na ESF no município de Três Rios - ano 2022.

Município	2022
Total	44.794

Fonte: Sistema de informações ambulatoriais do SUS.

Tabela 7 – Números de consultas médicas em Atenção Especializada (0301010072) no município de Três Rios - ano 2022.

Ambulatório Ampliado de Saúde Mental	3.649
Caps Ad III Dra. Zilda Januzzi Veloso	478
Três Rios - CDTR	2.031
Clinica Da Família Jose Da Silva	1.409
Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	5.289
Instituto Elisedape	16.524
Planeta Vida	1.621
Policlinica Walter Gomes Francklin	16.856
Saúde da Criança	1.863
Saúde da Mulher	4.227
Secretaria Municipal de Saúde	4.643
UPA 24 Hs	13.443
<b>TOTAL</b>	<b>72.033</b>

Fonte: Sistema de informações ambulatoriais do SUS.

Tabela 8 — Números de consultas/ atendimentos de emergência (030106) no município de Três Rios - ano 2022.

<b>Estabelecimento</b>	<b>030106 Consulta/Atendimento de urgência</b>
Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	11.564
Planeta Vida	7
UPA 24h	235.575
Total	247.146

Fonte: Sistema de informações ambulatoriais do SUS.

Observa-se ainda, que na distribuição, o maior número de consultas ocorre na RUE, com 247.146 consultas o que representa 68% do total. A reflexão sobre esses dados é crucial, uma vez que é necessário repensar a forma como o acesso é organizado. A APS deveria ser a principal porta de entrada, evidenciando que a RUE tem assumido o papel de coordenação dos cuidados. Uma possível maneira de reestruturar essa abordagem seria contrarreferenciar os usuários classificados como "azul" na UPA 24h Três Rios, para as unidades de referência na APS, enfatizando a responsabilidade desta última como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

#### **4.2.7 Tipificação dos atendimentos da UPA 24h Três Rios**

Nesta seção, irei relatar sucintamente o processo de Acolhimento com Classificação de Risco bem como o acesso e a organização do atendimento da UPA 24h Três Rios. O número de atendimentos, a distribuição por sexo e idade serão apresentados bem como a distribuição dos usuários por bairro e municípios e o perfil do CID dos usuários. E para finalizar irei relatar sobre a possibilidade de perda de recursos para a UPA 24h Três Rios e uma sugestão ao gestor da Saúde.

Primeiramente, gostaria de enfatizar que a UPA 24h Três Rios é um dos principais componentes da RUE da Região Centro Sul fluminense, que engloba além de Três Rios, cinco outros municípios (Paraíba do Sul, Sapucaia, Comendador Levy Gasparian e Areal, além de atender cidades circunvizinhas do estado de Minas Gerais (Chiador e Santa do Deserto). O serviço faz o atendimento a quase todos os tipos de emergências/urgências, tanto adultos quanto pediátricos, e mantém seu funcionamento 24h. Alguns dos entrevistados são unânimes em declarar a importância da UPA 24h Três Rios na região conforme relatos a seguir:

“A UPA é o elo principal de toda a rede de urgência e emergência, não só de Três Rios como da região.” Entrev2

“É aqui que agente consegue transferências pro Hospital daqui de Três Rios.” Entrev2

“É uma ferramenta que a gente dispõe e que dá vazão, seja qualquer grau de classificação de risco uma vez que Atenção Primária não pode suprir essa demanda.” Entrev4

“Optamos em investir na UPA que é o que dá suporte 24 horas.” Entrev1.

A implantação da UPA 24h Três Rios, classificada como porte III, possibilitou a criação de um novo fluxo de atendimento para casos de urgência e emergência na região Centro Sul Fluminense. A UPA desempenha um papel fundamental ao atuar como referência para toda a rede de atenção básica, contribuindo para a regulação das internações hospitalares nos hospitais de referência da microrregião (BANDEIRA; MÉDICI, 2011; SOUZA, 2011; SOUZA, 2015).

#### **4.2.8 Softwares implantados e o Núcleo Interno de Regulação (NIR)**

A UPA funciona com um sistema de informação próprio, desde sua implantação, o Klinikos: programa que gera controle no processo de atendimento, desde a chegada do paciente, até a sua alta efetiva (Prontuário eletrônico). Este *software* é disponibilizado ao município de Três Rios pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Outra medida adotada pela UPA foi à adoção do Sistema de Regulação (SISREG) disponibilizado pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS), que é um sistema de informações on-line, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação.

O SISREG é um programa (software) que funciona em computadores conectados à internet. Na UPA de Três Rios existe o sistema implantado que permite gerenciar o Módulo Hospitalar facilitando o processo de regulação dos usuários que procuram a mesma e que necessitam ser internados. Na UPA 24h Três Rios existe o Núcleo Interno de Regulação (NIR) que é um serviço essencial que permite o acompanhamento contínuo do paciente desde o momento em que ele chega à instituição até o momento da alta hospitalar. Sua função abrange o monitoramento durante todo o processo de internação, bem como a coordenação da movimentação interna e externa do paciente. O NIR desempenha um papel fundamental na organização e gestão do fluxo de usuários, garantindo uma assistência de qualidade

e eficiência. E está envolvido na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além de leitos de internação e estabilização para o atendimento de casos de urgência e emergência, permitindo uma abordagem integrada e coordenada, visando proporcionar o melhor atendimento possível ao paciente.

Por meio do NIR, é possível otimizar o uso dos recursos hospitalares, agilizar o acesso a exames e procedimentos necessários, garantir a continuidade do cuidado e promover uma alta hospitalar segura e adequada. Quando existe a necessidade de transferir o paciente para outra unidade este processo é realizado através da: Regulação Municipal (SISREG), Central Estadual e Regulação (CER) e contato direto com os hospitais de retaguarda para a UPA 24h Três Rios. A Deliberação CIR-CS nº 06, de 23 de março de 2023, que pactua a atualização da grade de referência e contrarreferência da Rede de Urgência e Emergência na RCSF, serve de base para estas transferências da UPA 24h Três Rios. Os hospitais de retaguarda são:

- 1) Hospital de Clínicas N. Sra. Conceição: Neurologia, alta complexidade e especialidades gerais.
- 2) Hospital Universitário de Vassouras: Cardiologia e oncologia
- 3) Hospital de Paraíba do Sul: Psiquiatria
- 4) Hospital Eufrásia Teixeira Leite: Longa Permanência e Terapia Intensiva.

Apenas para ressaltar que, quando o paciente é regulado, o médico da UPA 24h Três Rios, faz contato telefônico com o médico do hospital de destino.

Este paciente é transportado pelo serviço de transporte Intra-hospitalar ou pela ambulância sanitária.

#### **4.2.9 Acolhimento com classificação de risco**

A UPA 24h Três Rios utiliza um sistema de classificação de risco para determinar a prioridade clínica dos usuários que buscam atendimento. Esse sistema visa organizar as necessidades dos usuários, que recorrem aos serviços de emergência, distinguindo aqueles que requerem intervenções imediatas daqueles que podem aguardar em segurança por atendimento. O protocolo de classificação de riscos adotado pela UPA é feito pelos profissionais de enfermagem desta unidade, é uma metodologia utilizada para organizar o atendimento aos usuários, priorizando aqueles que apresentam maior gravidade ou risco de agravamento em relação à sua

queixa de saúde. Dessa maneira, a abordagem permite que os profissionais identifiquem e avaliem o potencial de gravidade de cada caso, orientando as ações a serem tomadas e decidindo sobre os encaminhamentos necessários para solucionar o problema do usuário.

Ao utilizar esse protocolo, a equipe da UPA 24h Três Rios consegue otimizar o atendimento, garantindo que os usuários mais graves recebam assistência imediata e adequada. Por outro lado, os casos mais simples, que não apresentam risco iminente à saúde do paciente, podem ser referenciados para a rede básica, como postos de saúde ou clínicas de atenção primária. Dessa forma, a classificação de risco se torna uma ferramenta útil para direcionar os recursos disponíveis de forma eficiente, assegurando que os usuários recebam o atendimento oportuno e adequado às suas necessidades. A UPA 24h Três Rios, desde sua inauguração (2009) adota prioritariamente o dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco (RIO DE JANEIRO, 2022) dentre a sequência de passos necessários para promover o acesso da população a rede de serviços do SUS. Tal dispositivo é adotado pela SES-RJ como estratégia de desenvolvimento de um modelo de atenção integral e qualificado.

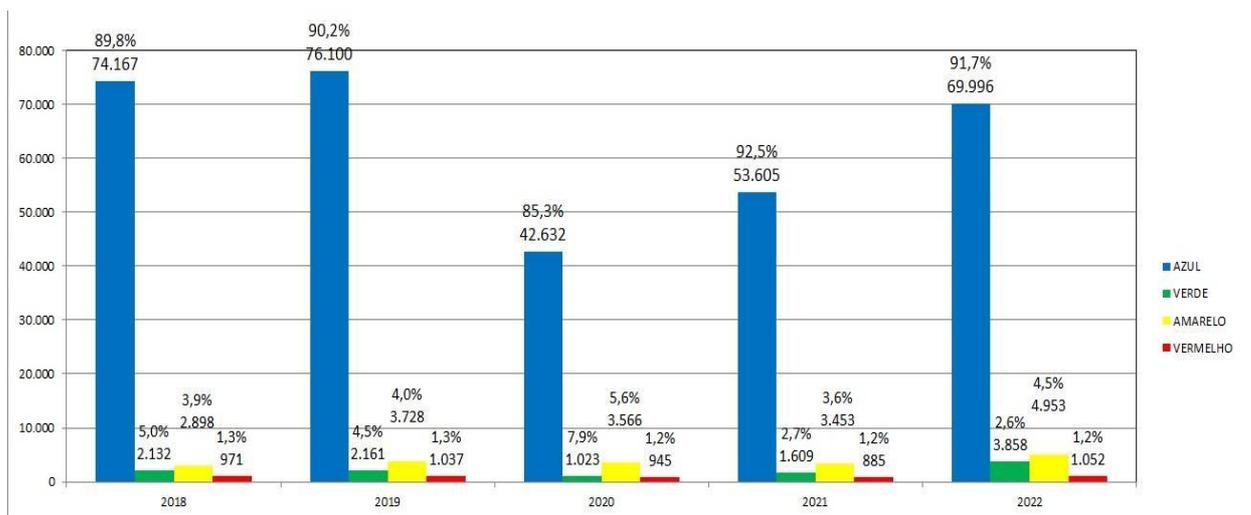
Esta **Classificação de Risco se verifica nos seguintes níveis:**

- **VERMELHO: prioridade 0** – emergência. Necessitam de atendimento **imediate**.  
Deverão ser encaminhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.
- **AMARELO: prioridade I** – urgência. Sem risco **imediate** de morte, porém apresenta risco **potencial** de agravamento ou morte. Necessitam de atendimento médico **prioritário**. Deverão ser encaminhados diretamente a sala de consulta de enfermagem para Classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado.
- **VERDE: prioridade II** – menor urgência. **Não apresenta risco** iminente ou risco potencial de morte ou agravamento. Também aguardarão atendimento médico em cadeira, mas serão informadas que o tempo de espera será maior, e que usuários mais graves serão atendidos antes. Devem ser reavaliados a cada 1 hora.
- **AZUL: prioridade III** – Não urgente. Não apresentam agudização que justifique atendimento no mesmo dia. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial, conforme pactuação prévia. Serão encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de Referência (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 11).

Assim, a classificação de risco é feita nas 24 horas, e se destina aos usuários que procuram esta unidade de urgência e emergência do sistema de saúde da rede SUS do município de Três Rios. Uma análise temporal do número absoluto de

atendimentos de usuários na UPA 24 h Três Rios/RJ, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, entre os anos de 2015 a 2019 é apresentada no gráfico 11 abaixo:

Gráfico 11 – Análise temporal do número absoluto de atendimentos de usuários na UPA 24 h Três Rios/RJ, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, entre os anos de 2018 e 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Sistema Klinikos Upa Três Rios/RJ.

Cerca de 90% dos usuários atendidos na UPA de Três Rios nos anos de 2018-2022 foram classificados como risco azul, que são os usuários que necessitam de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que a maior parte das demandas da UPA é de usuários que poderiam ser atendidos pela Atenção Básica, já que os usuários têm procurado a UPA para atendimento de baixa complexidade.

#### 4.2.10 Acesso e Organização do Atendimento

Com relação à organização do atendimento, o usuário ao chegar à Unidade é imediatamente recebido por um técnico de Enfermagem e um Auxiliar Administrativo, em um espaço próprio para o acolhimento. Logo após o usuário informar o motivo pelo qual procurou a Unidade (situação/queixa), é registrado no sistema e encaminhado para o consultório de classificação de risco. Então, o início do atendimento para a clínica médica é organizado segundo critérios de risco, portanto, com exceção daqueles identificados como emergência no momento do acolhimento, todos os outros devem ser avaliados pelo enfermeiro no consultório. Nesta unidade (UPA) utilizasse de um prontuário eletrônico no acolhimento (Sistema Klinikos) onde é definido:

- Risco: define prioridade para o atendimento no consultório da Classificação de Risco segundo critério clínico.

-Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam vulnerabilidades, porém não apresentam risco (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia).

Durante o período de espera para atendimento médico, é feita a reavaliação dos usuários já classificados. Todos os usuários recebem informações sobre a dinâmica de atendimento da unidade, incluindo o uso de critérios de risco em vez da ordem de chegada, além de receber uma estimativa do tempo de espera.

As emergências são encaminhadas para uma sala apropriada. Já as demandas identificadas como sociais, informais e administrativas são direcionadas às salas correspondentes.

Indivíduos em situação de urgência são conduzidos à sala de triagem de risco, onde um enfermeiro realiza uma avaliação considerando a queixa principal, o início dos sintomas, histórico médico, uso de medicamentos e um exame físico simplificado. A classificação é feita utilizando um protocolo padronizado. O enfermeiro registra a avaliação e encaminhará o usuário para o local de atendimento adequado.

Quando há a necessidade de encaminhar o paciente para outra unidade, esse procedimento é efetuado por meio da central de regulação municipal, central de regulação estadual e contato direto com os hospitais de retaguarda.

Na UPA, existe uma definição clara dos fluxos e dos protocolos clínicos, que permite um direcionamento maior para aqueles usuários que necessitam ser referenciados/regulados.

Embora a UPA tenha sido projetada/idealizada, para atender a uma das estratégias da PNAU em relação à organização de serviços, que inclui a definição de fluxos e referências para aliviar a superlotação dos hospitais, uma parcela significativa de atendimentos de baixo risco que seriam de usuários da APS, causando uma sobrecarga deste serviço. (OLIVEIRA, et al., 2015).

O acesso proporcionado pela UPA é benéfico, apesar de evidenciar a falta de desenvolvimento da APS e da rede hospitalar. Essa unidade tem a vantagem de possuir recursos tecnológicos e uma arquitetura diferenciada, mas para obter sucesso e ser integrada de forma eficaz em uma rede de saúde robusta, é necessário investir na melhoria da atenção primária e dos hospitais (O'DWYER, 2017).

#### 4.2.11 Número de atendimentos da UPA 24h Três Rios X Recursos

A Portaria n.º 10 de 03 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), que revoga a Portaria n.º 342, de 4 de março de 2013 e Portaria n.º 104 de 15 de janeiro de 2014, redefinem as diretrizes de modelo assistencial e financiamento da UPA, como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS. Para o custeio da UPA 24h Três Rios, o Ministério da Saúde repassa o valor mensal, conforme a capacidade operacional de funcionamento declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade. Hoje, a UPA 24h Três Rios, conforme Art. 23 desta portaria enquadra-se na opção VIII de custeio, e deve ter seu funcionamento tendo como norte as seguintes especificações, conforme tabela 9 abaixo:

Tabela 9 – Opção de custeio da UPA de acordo com o nº de profissionais, atendimentos médicos e classificação de risco.

Opções	N.º de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	*N.º de atendimentos médicos /mês(03.01.06.010-0/03.01.06.009-6 03.01.06.002-9)	*N.º de atendimentos classificação de risco / mês(03.01.06.011-8)
VIII	9	10125	10125

Fonte: Elaborado pelo autor, p.113 do art.40.

Apesar de ter sido parcialmente revogada pelas Portarias de Consolidação n.º 3/2017 (BRASIL, 2017e) e n.º 6/2017 (BRASIL, 2017f), o conteúdo dos artigos da Portaria n.º 10 (BRASIL, 2017a) ainda está em vigor, sendo apenas desmembrado nas duas portarias de consolidação mencionadas. Conforme relatado na tabela anterior, o número mínimo de atendimentos médicos/mês para a UPA 24h Três Rios deverá ser de 10.125, e consequentemente registrado no SIA/SUS. Pelo sistema de informação da UPA 24h Três Rios (Programa Klinikos), em 2022, a média de atendimentos mensal foi de 8.966, enquanto nos primeiros seis meses de 2023 a média foi 8.862.

Observa-se que se for mantida esta média de atendimento médicos/mês a UPA 24h Três Rios cairá para a opção VI, onde diminuiria o valor do repasse mensal para R\$ 183.500,00, valor menor do que os R\$ 250.000,00 recebidos atualmente. Tal preocupação foi relatada por dois dos entrevistados conforme relato a seguir:

O que eu percebo, as Portarias são muito cruciais, muito cruéis. Então, eu tenho também pensar que para me manter uma UPA como eu tenho hoje com a estrutura que tenho hoje. Com a assistência que tenho hoje eu preciso ter atendimento. Então hoje eles me pedem para

que tenha 10200 atendimentos de urgência, eu atendendo azul e verde, eu já não tenho conseguido atingir esses 10.200. Se eu também tiro todos os atendimentos de azul e verde da UPA, eu caio em porte.

Entrev1

Faltam recursos. A UPA é habilitado pelo porte IV e se ela não fizer 10 mil atendimentos mês, ela vai perder a habilitação. Ou seja, a gente mesmo incentiva que as urgências de baixo risco sejam atendidas lá pois se você não vai alcançar esse parâmetro aí, vai perder a qualificação dela como porte IV. Entrev5

E um dos entrevistados ainda vai além, porque se houver uma verdadeira reestruturação do modelo de gestão da saúde no município, em que a APS assumindo as urgências de baixo risco, diminuiria ainda mais os recursos. Eis a elocução:

Então, assim, essa maneira de vincular recurso a quantidade de atendimento ela é cruel. O ideal era que de 7h as 16h só a Atenção básica atendesse o baixo risco. Mas, me preocupo com a quantidade do atendimento que vai impactar para o recurso que vem para a UPA.”  
Entrev1.

Faz-se necessário que o gestor apresente ao Ministério da Saúde uma justificativa, para o funcionamento abaixo do mínimo exigido, caso a justificativa da produção da UPA 24h Três Rios não seja aceita, o gestor deverá revisar o seu plano de funcionamento, nos termos do previsto no art. 27 desta Portaria, podendo os recursos serem suspensos ou restabelecida à condição anterior.

#### **4.2.12 Desafios e manutenção e recursos de custeio da UPA 24h Três Rios**

Como pesquisador cabe aqui relatar uma preocupação que o município de Três Rios deva ter para a continuidade dos incentivos financeiros, oriundos do Ministério da saúde. A Portaria n.º 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS. De acordo com a égide do artigo 40 desta mesma portaria, que trata da forma de monitoramento:

[..] Art. 40. O monitoramento do número de atendimentos realizados pela UPA 24h levará em conta os procedimentos a seguir, a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I:

Procedimento	Descrição
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada

03.01.06.009-6	Atendimento médico em upa 24h de pronto atendimento
03.01.06.010-0	Atendimento ortopédico com imobilização provisória
03.01.06.011-8	Acolhimento com classificação de risco

§ 1º Os dados gerados de acordo com o previsto neste Art. devem estar atualizados pelo gestor e disponíveis ao Ministério da Saúde, a partir do registro no SIA/SUS, para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria.

§ 2º Os Municípios que ainda não registram os procedimentos das UPA 24h no formato BPA - I, deverão adequar-se no prazo de 12 meses, a contar da data de vigência desta Portaria.

§ 3º A ausência de registro no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão da transferência de recursos para custeio mensal da UPA 24h, de acordo com a Portaria n.º 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010.

§ 4º A ausência de registro no SIA/SUS por 6 (seis) meses consecutivos acarretará na desabilitação da UPA 24h (BRASIL, 2017a, p..95).

Desde a publicação da Portaria n.º 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), a produção da UPA 24h Três Rios continua fora dos seus padrões estabelecidos. Observa-se na tabela abaixo (tabela 10), que embora seja possível encontrar produção informada nos códigos de monitoramento definidos no art. 40, além de estar aquém do mínimo exigido pelo porte financiado, a produção é apresentada no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C).

Destaca-se também que nas primeiras 03 (três) competências de 2022 o procedimento 0301060096 - atendimento médico em unidade de pronto atendimento não possui informações em nenhum formato de apresentação.

Tabela 10— Procedimentos realizados na UPA 24h Três Rios com os códigos de monitoramento definidos no art. 40 da Portaria n.º 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) – Ano: 2022.

Procedimentos realizados	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	413	302	9999	420	448	515	358	409	449	420	418	419	14570
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	0	0	0	10089	10970	11148	9623	8870	8224	9697	10333	8656	87610
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	8842	5491	10843	9376	9881	11071	8795	8232	7659	8835	9951	8039	107015
<b>Total</b>	<b>9255</b>	<b>5793</b>	<b>20842</b>	<b>19885</b>	<b>21299</b>	<b>22734</b>	<b>18776</b>	<b>17511</b>	<b>16332</b>	<b>18952</b>	<b>20702</b>	<b>17114</b>	<b>209195</b>

Fonte: TABWIN – Acessado em 13/07/2023.

Para corroborar as informações observadas no parágrafo anterior, restam realmente algumas dúvidas, na fidedignidade dos dados, que são inseridos no sistema de informação do MS pelo município.

Nos 4 primeiros meses do ano de 2023, repete-se a informação de que foram realizados 427 atendimentos de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada (código 0301060029). A tabela 11 abaixo ilustra o ocorrido:

Tabela 11 – Procedimentos realizados na UPA 24h Três Rios com os códigos de monitoramento definidos no art. 40 da Portaria n.º 10 de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) – janeiro a abril de 2023.

<b>Procedimentos realizados</b>	<b>JAN</b>	<b>FEV</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>Total</b>
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	427	427	427	427	<b>1708</b>
0301060096 ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	7770	8331	11148	9990	<b>37239</b>
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	7232	7757	11042	9354	<b>35385</b>
<b>Total</b>	<b>15429</b>	<b>16515</b>	<b>22617</b>	<b>19771</b>	<b>74332</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do TABWIN – Acessado em 13/07/2023.

Como sugestão deste pesquisador, a aquisição de um sistema de informação atualizado, que possa fornecer a produção no formato obrigatório para o Ministério da Saúde (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), resolveria as inconformidades apontadas, pois corre o risco de que a qualquer momento incidir em sanções, dentre elas a suspensão de recursos e consequentemente desabilitação da UPA 24h Três Rios.

É bom frisar que, mesmo que a UPA 24h Três Rios tenha sido qualificada pela Portaria n.º 4.520 de 21 de dezembro de 2022 (BRASIL, 2022), com validade por três anos, ela corre risco de ser penalizada pelo Ministério da Saúde, conforme relatado no parágrafo anterior.

Esta preocupação se faz necessária, haja vista que no passado recente, a Portaria n.º 2.329, de 02 de agosto de 2018 (BRASIL, 2018) suspendeu o incentivo de custeio e qualificação para UPA 24h Três Rios, e o município ficou aproximadamente seis meses sem receber estes recursos do MS, até que as inconformidades fossem sanadas.

#### 4.2.13 Perfil do CID dos atendimentos realizados

No quadro 5 abaixo, são apresentados os principais diagnósticos registrados nos 107.958 atendimentos de urgência e emergência realizados na UPA 24h Três Rios, durante o ano de 2022. Os 42 diagnósticos (CID 10) mais registrados corresponderam a 80,82% dos 2248 registrados. O total de atendimentos (107.958) corresponde ao somatório das urgências/emergências clínicas, psiquiátricas, pediátricas, ginecológicas dentre outras, inclusive as odontológicas inseridas no Capítulo XI (doenças do aparelho digestivo).

Quadro 5 – Diagnósticos registrados nos atendimentos de UE da UPA 24h Três Rios, 2022 (continuação).

Grupo de Doenças por Capítulo	CID	Nº. de registros	Total
X - Doenças do aparelho respiratório	J00	6176	21039 19,55%
	J039	3488	
	J111	1996	
	J069	1272	
	J189	909	
	J459	862	
	J019	846	
	J118	741	
	outros	4.749	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R05	5004	14987 13,93%
	R11	2668	
	R101	0	
	R103	0	
	R070	651	
	R074	649	
	R060	462	
	outros	5.553	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B349	3491	13961 12,98%
	A09	2556	
	B972	1724	
	B342	1644	
	A689	1289	
	B340	520	
	B86	476	
	A539	324	
	outros	1.937	

Quadro 5 – Diagnósticos registrados nos atendimentos de UE da UPA  
24h Três Rios, 2022 (conclusão).

Grupo de Doenças por Capítulo	CID	Nº. de registros	Total
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M791	3441	13.926 12,94%
	M545	2685	
	M796	2529	
	M255	1733	
	M539	1201	
	M549	797	
	M542	346	
	outros	1.194	
XI - Doenças do aparelho digestivo	K529	2592	9521 8,85%
	K021	883	
	K591	710	
	K297	658	
	K522	500	
	K040	450	
	K590	437	
	outros	3291	
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	T784	1510	7242 6,73%
	T149	640	
	T141	231	
	T740	202	
	outros	4659	
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	Y66	4611	6.295
	outros	1684	5,85%
Outros registros CID10			20.627 19,17%
<b>Total de atendimentos</b>			<b>107.598</b>

Fonte: Elaboração pelo autor com informações do Klinikos.

Analisando o quadro 5 acima, verificasse que as doenças relacionadas ao aparelho respiratório correspondem a 19,55%, devido aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (13,93%), doenças infecciosas e parasitárias (12,98%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (12,94%) e as doenças do aparelho digestivo (8,85%), lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (6,73%) e causas externas de morbidade e de mortalidade (5,85%), foram os grupos de causas mais frequentemente encontrados nos atendimentos da UPA 24h Três Rios, no ano de 2022. Os restantes grupos de doenças, os quais tiveram uma ocorrência que corresponderam menos de 5% dos atendimentos, encontram-se nos outros registros de atendimentos.

Algumas observações referentes à análise do Quadro 5 devem ser relatadas e posteriormente pesquisadas, principalmente relacionadas aos registros do CID. Um exemplo são as patologias do Capítulo XVIII (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), que correspondem a 13,93%. Para fechar o atendimento do paciente, os profissionais são obrigados a atribuem um CID a uma patologia em si, e normalmente eles inserem um CID deste Capítulo.

É importante frisar que a UPA 24h Três Rios em 2022 registrou 3368 atendimentos por infecção pelo Coronavírus, sendo 1644 atendimentos registrados no CID B342 e 1724 no B972.

Ao analisar o perfil de CID dos atendimentos realizados UPA 24h Três Rios, observa-se que muitos desses casos poderiam ser atendidos na USF. Isso indica a possibilidade de uma maior eficiência na distribuição dos serviços de saúde, direcionando adequadamente os atendimentos de acordo com o perfil dos usuários.

O perfil de CID identificado nesta pesquisa reforça os resultados de estudos realizados em unidades de emergência e urgência de cidades localizadas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, sugerindo uma tendência nacional. Isso indica que os padrões de diagnóstico e atendimento nessas áreas de saúde são consistentes em diferentes regiões do país (GOMES, 2013).

#### 4.3 FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS DA UPA 24H E APS RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO, ATENDIMENTO, FINANCIAMENTO E INTEGRAÇÃO, SEGUNDO A ÓTICA DA ANÁLISE SWOT

Na área da Saúde, a análise SWOT tem sido empregada como um método recomendado pela OPAS para realizar a avaliação de viabilidade. Essa abordagem permite identificar tanto os pontos fortes como as fraquezas presentes na unidade ou organização de saúde (JUSTINO; OLIVER ; MELO 2018).

Todo material produzido nesta pesquisa (entrevistas, pesquisas bibliográficas, observações do campo, leitura dos documentos oficiais dentre outros), apoiou a construção e identificação de fatores relacionados à organização, atendimento, financiamento e Integração da UPA e a APS.

Portanto, para concluir “a sistematização desta pesquisa, foi utilizado o modelo da matriz SWOT com a síntese das fragilidades, fortalezas, ameaças e oportunidades adaptada” de Chiavenato e Sapiro (2003, p.188), em formato semelhante ao de outros estudos. (JUSTINO, et al., 2018).

Desde a inauguração da UPA 24h Três Rios (2009) e o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, como política prioritária da atenção básica no município, um conjunto de ações foram progressivamente desenvolvidas no nível municipal ao longo dos 14 anos, buscando a melhora da qualidade da saúde dos municípios de Três Rios e região Centro Sul Fluminense.

Desses, certamente a implantação da UPA 24h Três Rios propiciou o estabelecimento de um novo fluxo de atenção às urgências e emergências da região Centro Sul, garantindo referência a toda a rede básica, contribuindo para a regulação das internações hospitalares nos hospitais de referência da microrregião.

Assim, o objetivo da análise SWOT foi avaliar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, relacionadas à organização, atendimento, financiamento e integração da UPA 24h Três Rios e a APS no município de Três Rios.

Para isso, a análise envolveu a criação de uma matriz com quatro quadrantes: os dois quadrantes superiores contêm forças e fraquezas internas referentes à UPA 24h Três Rios e a APS no município, enquanto os dois quadrantes inferiores contêm oportunidades e ameaças externas à gestão municipal.

Para melhor identificação desta Matriz SWOT, adaptada de Chiavenato e Sapiro (2003), foram posicionados os fatores positivos (forças e oportunidades) nos quadrantes à esquerda e os fatores negativos (fraquezas e ameaças) à direita. As forças são os fatores internos que contribuem positivamente para a UPA 24h Três Rios e a APS no município.

As fraquezas são os fatores internos que a prejudicam. As oportunidades são os fatores externos, que podem ser explorados para melhorar a abordagem da UPA 24h e a APS no município, enquanto as ameaças são os fatores externos que podem prejudicar o sistema de saúde locorregional.

Após essa identificação, foi possível elaborar uma matriz SWOT, mostrada no Quadro 6, que permitiu visualizar de forma mais clara a situação da saúde no município relacionados a UPA 24h Três Rios e a APS, e definir eventuais estratégias para aprimorá-las.

Quadro 6 – Matriz SWOT com as Fortalezas, Ameaças, Debilidades e Oportunidades da UPA 24h Três Rios e da APS do município relacionadas à organização, atendimento, financiamento e Integração

	FATORES POSITIVOS (Fortalezas)	FATORES NEGATIVOS (Debilidades)
<b>INTERNOS</b> (Organização do município)	<p><b>FORÇAS (Strengths)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alta resolutividade da UPA</li> <li>-APS mais receptiva</li> <li>-Melhor interlocução da APS</li> <li>-Atuação do SAD na UPA e junto a APS</li> <li>-Melhora do prognóstico dos pacientes</li> <li>-USF sendo reformadas</li> <li>-Comissões implantadas na UPA</li> <li>-Parceria com Universidades</li> <li>-Reforma da UPA</li> <li>-Capacitação da APS</li> <li>- Cobertura da ESF atinge 100% da população</li> <li>-Colaboradores Qualificados</li> <li>-As unidades de saúde utilizam prontuário eletrônico para registro de informações em saúde</li> <li>-Acolhimento e classificação na UPA</li> <li>-UPA qualificada e reformada</li> </ul>	<p><b>FRAQUEZAS (Weaknesses)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UPA funcionando como Hospital</li> <li>Falta de estrutura na APS</li> <li>-Sucateamento de equipamentos na UPA</li> <li>-Profissionais sobrecarregados na UPA</li> <li>-Superlotação da UPA</li> <li>-Dificuldade de Fixar o profissional na UPA e APS</li> <li>-Falta de comunicação e integração da UPA e APS</li> <li>-APS não estruturada</li> <li>- Softwares que não se comunicam e de baixa qualidade</li> <li>- APS fragilizada pelos vínculos empregatícios</li> <li>-Fragmentação dos serviços da RAS</li> <li>-Alta rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem na APS e UPA</li> <li>-Ausência de Classificação de Risco na APS</li> </ul>
<b>EXTERNOS</b> (Ambiente fora do município)	<p><b>OPORTUNIDADES (Opportunities)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Maiores vagas de UTI em virtude da vinculação com o Sistema Estadual de Regulação</li> <li>-Programa Mais Médicos</li> <li>-Implantação dos componentes da RUE</li> <li>-Uso das Redes sociais para melhora da comunicação dos serviços</li> <li>-Fazer as redes funcionarem</li> <li>-Reforma da UPA e USF</li> <li>-Aprovação de Lei, de melhoria da Atenção Primária, com remuneração por desempenho a partir do alcance dos indicadores</li> <li>-Aprovação de Lei que cria um abono (Penosidade) com melhoria salarial aos colaboradores da RUE</li> </ul>	<p><b>AMEAÇAS (Threats)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Subfinanciamento da UPA e APS</li> <li>-Dificuldade na internação das emergências psiquiátricas</li> <li>-Baixos salários</li> <li>-Falta de vagas de leitos de longa permanência</li> <li>-Epidemias</li> <li>-Sucateamento dos equipamentos nas USF e UPA</li> <li>-Baixo número de profissionais com Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Urgência e emergência</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da reflexão sobre os dados obtidos a partir das entrevistas, com base em questionário semiestruturado e leitura dos documentos oficiais.

Com base nessa matriz, as forças identificadas mostram que o município possui uma rede de serviços e profissionais capacitados para lidar com as demandas da área da saúde, tanto para a APS como para RUE.

Porém, as fraquezas apontam para a necessidade de implantação de um sistema de informação e uma melhor integração entre a APS e RUE. Já as oportunidades realçam a melhoria salarial dos colaboradores e uma intenção da Gestão em fazer com que as RAS funcionarem.

Vale salientar que as ameaças persistem e evidenciam ainda o subfinanciamento do SUS, principalmente na RUE e na APS, causando um sucateamento dos equipamentos e baixos salários.

Os resultados do diagnóstico organizacional, consolidados na Matriz SWOT, apontaram que os fatores positivos superam os negativos, e que nos pontos suscetíveis de mudança é imprescindível elaborar um plano de ação factível e exequível, para abordar os desafios encontrados.

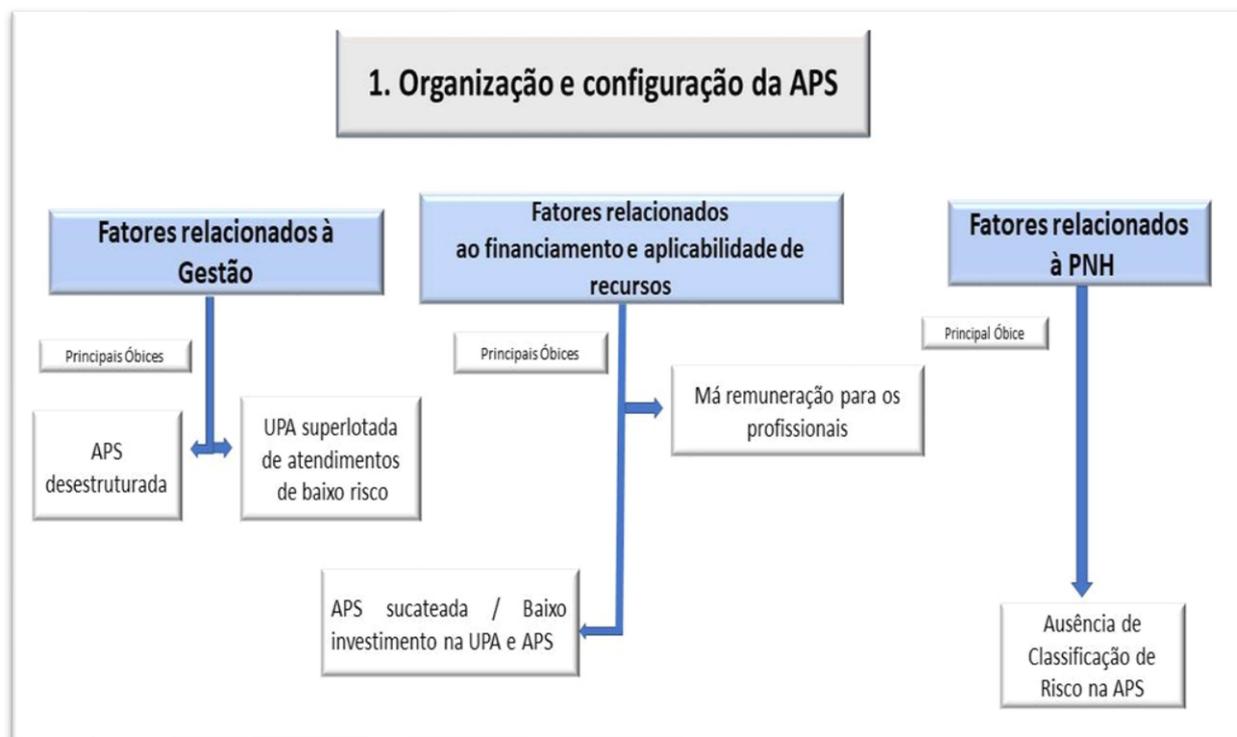
Assim, a matriz SWOT apresentada acima, pode ser utilizada para nortear e direcionar para mudanças na política de atenção à saúde de Três Rios, principalmente com relação às RAS e a RUE.

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO E CONFIGURAÇÃO DA APS

A análise das elocuições dos entrevistados relacionados à categoria organização e configuração da APS, culminou em 03 Subcategorias e 5 principais óbices com suas respectivas unidades de registro (elocuições), que podem ser observadas no Apêndice E.

Em cada Categoria, Subcategoria temos os principais óbices, conforme ilustra figura 8 a seguir:

Figura 8 — Categoria: Organização e configuração da APS - Subcategoria, principais óbices.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

#### 4.4.1 Fatores Relacionados à Gestão

No sentido de esclarecer as portas de entrada do SUS, principalmente relacionadas à gestão e conseqüentemente à organização e configuração da APS, em 2011 foi publicado o Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8080, para dispor sobre a organização do SUS.

O art. 8º preceitua que: “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011b). Dispõe, ainda, em seu art. 9º, que:

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - De atenção primária;
- II - De atenção de urgência e emergência;
- III - De atenção psicossocial; e
- IV - Especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Inter gestores, os entes federativos poderão

criar Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde art. 9 (BRASIL, 2011b, p.10).

A fim de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a APS será responsável por orientar o encaminhamento dos serviços de atenção hospitalar, ambulatoriais especializados e outros de maior complexidade e tecnologia, através das "portas de entrada".

Essa abordagem deve se basear na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, seguindo critérios cronológicos (BRASIL, 2011a).

Com o objetivo de garantir que os usuários tenham acesso universal, igualitário e organizado às ações e serviços de saúde do SUS, os entes federativos devem assegurar a transparência, integralidade e equidade no acesso.

Além disso, é responsabilidade orientar e ordenar os fluxos das ações e serviços de saúde, monitorar o acesso e oferecer regionalmente as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

#### **4.4.2 Atenção Primária à Saúde desestruturada**

A estruturação da assistência é fundamentada na gestão da saúde, a qual se fundamenta na análise das realidades locais e abrange o município como um todo, buscando atender às demandas da população. Isso se manifesta tanto na APS/ESF quanto na atenção especializada, garantindo a resolutividade em todos os níveis de cuidado (OPAS, 2011). Tal categoria abrange todas as estratégias implementadas com o principal objetivo de planejar, organizar e gerir os serviços prestados à população.

Vários óbices relacionados à necessidade de reestruturar a APS e prepará-la para o atendimento das UE tem sido objeto de estudo na literatura (HERMIDA, 2016). É importante ressaltar que a APS frequentemente se vê incapaz de lidar com a demanda espontânea devido às diversas tarefas já estabelecidas, além da falta de qualificação e estrutura inadequada para lidar com casos urgentes (KONDER; O'DWYER, 2016).

De acordo com os estudos de Gonçalves (2009), é destacada a relevância do médico na ESF e a necessidade de promover uma mudança no pensamento médico

desde a sua formação, a fim de estar adequadamente preparado para o novo modelo de atenção.

As fragilidades da ESF na RCSF, enquanto um modelo assistencial, que visa reorganizar a APS e ordenar sua rede de atenção, estão impedindo o avanço e a consolidação do modelo assistencial, que é internacionalmente reconhecido como o melhor para os cuidados primários em saúde. Conseqüentemente, essas vulnerabilidades podem ser consideradas responsáveis pelas altas taxas de internações sensíveis a AB (FAZA, 2021).

A fim de permitir que a atenção básica solucione problemas de saúde, é necessário que ela se organize de acordo com as seguintes diretrizes: estabelecimento de trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários; abordagem abrangente do sujeito, família e contexto; reformulação do conhecimento e prática tradicionais em saúde; e integração da atenção básica a uma rede de serviços de saúde (CAMPOS ; GUTIÉRREZ ; GUERRERO ; CUNHA 2008). A necessidade de se estabelecer vínculo foi apontado por um dos entrevistados:

“Os pacientes têm que criar um vínculo.” Entrev3

Problemas como a dificuldades em relação à organização do trabalho e do atendimento das equipes, conflito entre o atendimento programado e por livre demanda, a atuação do profissional médico, que pode causar limitações à resolutividade da atenção básica dentre outros foram amplamente apontados em estudos no município. Fortalecer a Atenção Básica no município é essencial para enfrentar esses e diversos outros desafios. Isso implica na estruturação de um sistema de saúde mais abrangente e capaz de resolver as necessidades, seguindo os princípios do SUS de atenção à saúde universal e integral (BANDEIRA; MÉDICI, 2011; SOUZA, 2011; SOUZA, 2015). Estes problemas salientados, neste parágrafo, foram objetos de pesquisas na UPA 24h Três Rios e se perpetuam até hoje no município. Alguns relatos dos entrevistados demonstram a necessidade de reestruturar a APS:

“A gente precisa realmente reestruturar a Atenção Primária.” Entrev1  
 “A reestruturação destas duas Redes ela se faz urgente.” Entrev5  
 São para todos os outros municípios que também necessitam ter essa reestruturação constante da atenção primária fortalecimento da atenção primária.” Entrev5  
 “Nós estamos tentando... ter ela (APS) como ordenadora do cuidado como porta prioritária do sistema de saúde no seu município.” Entrev5  
 “Hoje (APS) ainda está trabalhando com limitação de agenda em não fazer agenda espontânea.” Entrev5

“Nós temos a situação da dificuldade, dos profissionais médicos estarem mesmo disponíveis na atenção primária para realizar ali todo o atendimento que atenção primária pode dar para a população.”  
Entrev5

#### **4.4.3 UPA superlotada de usuários de baixo risco**

Cassettari (2014) realizou estudo no sentido compreender a atuação dos enfermeiros em UPA e suas contribuições para a organização da Rede de Atenção às Urgências. Os resultados evidenciaram que cerca de 92% dos atendimentos correspondiam a casos de baixo risco.

No estudo realizado por Zanon; Zanin e Florio (2016), que buscou caracterizar os usuários e analisar os fatores determinantes da escolha pela utilização dos serviços de urgência, foi evidenciado que 75% dos atendimentos foram classificados como urgências de baixo risco. A maioria dos usuários era composto por mulheres, sendo que 78% deles relataram não ter procurado outro serviço de saúde anteriormente. Além disso, 37% dos usuários relataram enfrentar dificuldades ao acessar a atenção básica.

Tradicionalmente, a UBS é associada à atenção e aos procedimentos eletivos, mantendo uma política refratária e insuficiente de atendimento a casos agudos. Isto em decorrência do fato de que pacientes em condições de urgência menor ou de urgência social passaram a causar filas, provocando congestionamento e consequente redução da resolutividade nos serviços de urgência (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2008).

Diversas pesquisas encontradas na literatura indicam que a grande maioria dos atendimentos nos serviços de urgência são categorizadas como de baixo risco, que poderiam ser adequadamente tratados na Atenção Básica (FEITOSA, 2017). Os relatos dos entrevistados abaixo, corroboram com estes estudos que a UPA 24h Três Rios está superlotada com pacientes de baixo risco:

“A visão que tenho é que a maioria das urgências de baixo risco que deveriam ser atendidas na atenção primária não são atendidas.”  
Entrev2 “Aqui (UPA) a gente tem um alto índice de atendimento de baixo risco, que poderiam ser atendidos na atenção primária.” Entrev2

Além do mais os próprios entrevistados apontam onde está realmente o problema e possível solução:

“A APS na grande maioria das vezes não atende as urgências de baixo risco, porque grande parte das Unidades só trabalha com demandas agendadas, não trabalham com demandas espontâneas, ou então com um número mínimo de demanda espontânea.” Entrev1 “

“A visão que tenho é que a maioria das urgências de baixo risco que deveriam ser atendidas na atenção primária não são atendidas.” Entrev2

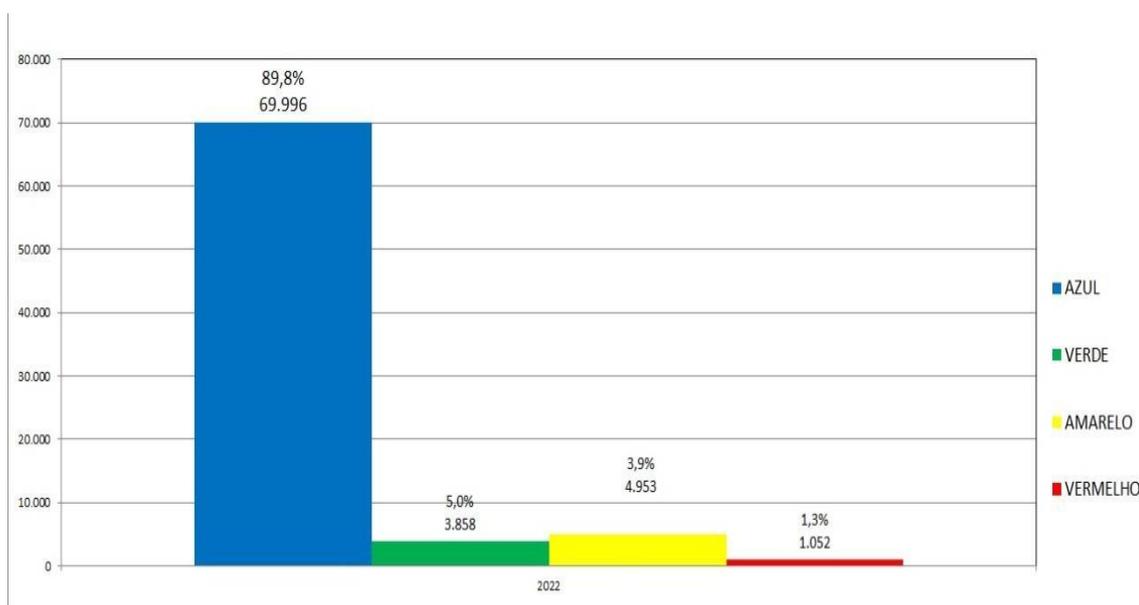
“Eles precisam ser atendidos na atenção primária.” Entrev5 “A maioria das urgências de baixo risco que deveriam ser atendidas na atenção primária não são atendidas.” Entrev2.

A fala de um dos entrevistados a seguir é preocupante para a gestão, haja vista que se houver uma diminuição dos atendimentos de baixo risco na UPA 24h Três Rios poderá diminuir o seu porte e conseqüentemente o seu financiamento:

“A UPA é habilitado pelo porte IV e se ela não fizer 10 mil atendimentos mês, ela vai perder a habilitação. Ou seja, a gente mesmo incentiva que as urgências de baixo risco sejam atendidas lá pois se você não vai alcançar esse parâmetro aí, vai perder a qualificação dela como porte IV.” Entrev5.

Cerca de 89,8% dos usuários atendidos na UPA de Três Rios no ano de 2022 (gráfico 12 abaixo) foram classificados como risco azul, que são os usuários que necessitam de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que a maior parte das demandas da UPA 24h Três Rios é de usuários que poderiam ser atendidos na APS, já que os usuários têm procurado a UPA para atendimento de baixa complexidade.

Gráfico 12– Número absoluto e atendimentos de usuários na UPA 24 h Três Rios/RJ, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do sistema Klinikos – UPA 24h Três Rios.

#### 4.4.4 Fatores relacionados ao financiamento e aplicabilidade de recursos

Os recursos financeiros destinados ao financiamento dos serviços de saúde à população de Três Rios são repassados à Secretaria de Saúde pelos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Esses repasses levam em consideração os diferentes níveis de complexidade da Atenção à Saúde e o propósito específico para o qual os recursos serão utilizados, seja para custeio ou para investimentos na RAS.

Além das Leis Orgânicas da Saúde, este financiamento é normatizado pela Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que preceitua em seus primeiros artigos a definição de que são gastos com saúde. Nesse sentido, torna-se clarividente quais ações e serviços podem ou não serem financiados com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde. Por este instrumento, foi regulamentado a obrigatoriedade do ente municipal de investir, no mínimo, 15% das receitas correntes líquidas com serviços e ações em saúde; e, os Estados 12% da sua receita corrente líquida em saúde. No caso do investimento da União, a Emenda Constitucional n.º 86/2015 alterou a vinculação das receitas em saúde para percentual de 10% da receita corrente líquida, resultando em menos recursos para o SUS.

Nesse cenário, o subfinanciamento histórico e o de financiamento das políticas públicas de saúde promovida pela União e alguns Estados, somado ao fenômeno da judicialização, torna-se mais perverso nos pequenos municípios, ou seja, naquelas localidades cujas receitas próprias contribuem minimamente à execução da política pública (CNM, 2016). No entanto, essa perspectiva contrasta à Biehl ; Amon ; Socal e Petryna (2012) e a outros autores, que afirmam que os gestores não aplicam os recursos adequadamente (FREITAS ; FONSECA ; QUELUZ, 2020).

A situação do município de Três Rios reflete a realidade de muitos municípios no Brasil, apresentando um aumento no valor per capita destinado à saúde nos últimos anos. No entanto, o município enfrenta restrições em suas despesas municipais, devido à legislação que estabelece um limite mínimo de 15% da arrecadação fiscal para investimentos em saúde. Além disso, há uma dependência significativa das transferências intergovernamentais para suprir as demandas nessa área.

Verifica-se que no período de 2017 e 2022 os percentuais aplicados em saúde no município de Três Rios permaneceram acima do mínimo exigido por Lei. Nessa série histórica, o ano de 2018 apresentou o maior percentual, 19,63%. Nos últimos 11 anos, a média do percentual aplicado em saúde foi de 17,86%. Embora fique acima

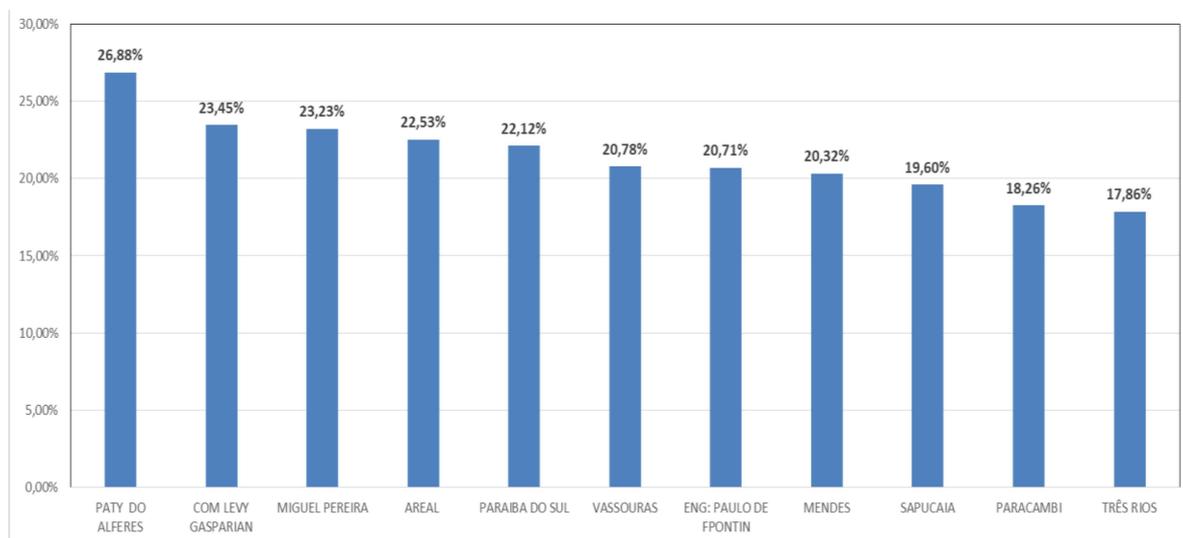
do limite mínimo, foi a pior média dos municípios da Região Centro Sul Fluminense. A tabela 12 e o gráfico 13 abaixo evidenciam os percentuais aplicados em saúde dos municípios da Região Centro Sul Fluminense:

Tabela 12 – Série histórica dos percentuais aplicados em saúde dos municípios da Região Centro Sul Fluminense – 2012 a 2022.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	MÉDIA
AREAL	21,37%	19,05%	21,46%	21,33%	21,75%	22,84%	22,47%	26,76%	22,90%	26,10%	21,78%	22,53%
COM LEVY GASPARIAN	23,59%	25,45%	25,78%	23,29%	23,48%	20,07%	20,25%	25,50%	26,19%	22,37%	22,00%	23,45%
ENG. PAULO DE FPONTIN	17%	18,04%	23,69%	21,57%	19,31%	21,59%	15,00%	34,99%	17,75%	19,21%	19,62%	20,71%
MENDES	16,79%	22,01%	25,75%	21,23%	17,42%	18,89%	18,65%	18,75%	26,85%	16,66%	20,50%	20,32%
Miguel Pereira	25,48%	21,52%	19,53%	22,78%	26,95%	24,59%	30,59%	22,64%	21,23%	19,94%	20,23%	23,23%
PARACAMBI	16,37%	16,69%	16,03%	15,53%	17,04%	17,79%	20,02%	24,38%	18,20%	23,29%	15,52%	18,26%
PATY DO ALFEPES	23,93%	26,34%	26,57%	28,59%	31,93%	24,94%	34,86%	25,20%	26,87%	23,29%	23,13%	26,88%
PARAIBA DO SUL	17,74%	24,72%	18,96%	17,34%	26,64%	16,65%	20,27%	23,70%	23,54%	28,66%	25,05%	22,12%
SAPUCAIA	19,21%	18,31%	17,37%	19,59%	23,91%	19,42%	20,60%	19,55%	23,27%	17,62%	16,76%	19,60%
TRES RIOS	16,25%	19,44%	19,34%	17,58%	15,50%	18,03%	19,63%	16,93%	18,16%	16,85%	18,78%	17,86%
VASSOURAS	19,21%	22,69%	22,66%	21,52%	23,51%	19,84%	17,74%	20,73%	23,01%	17,05%	20,61%	20,78%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Gráfico 13 – Média anual dos percentuais aplicados em saúde dos municípios da Região Centro Sul Fluminense – 2012 a 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Enfim, as mudanças implementadas pela PNAB em 2017, conforme estabelecido na Portaria de consolidação n.º 6 (BRASIL, 2017f), juntamente com a Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016b) (que impõe limites aos gastos federais nos próximos 20 anos), têm o potencial de agravar cada vez mais

ainda mais o já restrito financiamento da saúde, resultando na desvalorização das ações no âmbito do SUS, especialmente no que diz respeito à APS (CONSTANTINO, 2019).

#### 4.4.5 Má remuneração para os profissionais

Um dos grandes problemas relatados pelos entrevistados é a má remuneração dos profissionais da área de saúde no município, principalmente com a diferença salarial do médico concursado com os que prestam serviço através do Programa Médicos pelo Brasil. Os relatos abaixo demonstram esta insatisfação:

“Você tem um monte de má remuneração. Isso é uma reclamação de todos eles que eles são mal remunerados e eles tem que cumprir uma certa carga horária” Entrev3

“O pessoal tem que ser tem que ter uma remuneração mais adequado tanta parte da enfermagem, quanto à parte médica mas tem que ser cobrado... o salário ainda está ruim.” Entrev3

“A remuneração de Três Rios tem um dos salários mais baixos da região, e o plano de carreira do município precisa ser revisto para que nós possamos atrair bons profissionais.” Entrev5

Talvez a baixa remuneração dos profissionais da área saúde, associado a uma ausência de um plano de cargos carreira e salários adequado, seja uma explicação da não fixação do profissional na rede de saúde municipal, bem como pela sua rotatividade. Eis o relato de um dos entrevistados:

“O Plano de carreira do município precisa ser revisto para que nós possamos atrair bons profissionais e mantê-los na rede de atenção primária, porque essa rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem no município é muito ruim para organização e consolidação dessa rede tão importante” Entrev5

Recentemente foram aprovadas 02 Leis no município: a primeira é a Lei n.º 4.921 de 09 de maio de 2022, que dispõe sobre o abono de penosidade a ser pago aos servidores da RUE integrados ao SUS Municipal. A segunda é a Lei n.º 5.072 de 17 de maio de 2023, que institui o abono por desempenho para profissionais da APS, com metodologia de avaliação, monitoramento e certificação com base em indicadores e metas.

Com estas 2 Leis supracitadas, talvez, haja uma melhoria salarial no município capaz de atrair profissionais, evitando as vacâncias e a rotatividade dos profissionais.

#### 4.4.6 APS Sucateada/Baixo Investimento UPA e APS

Ao longo das últimas três décadas, houve um aumento no acesso aos serviços de saúde. Indicadores comumente utilizados revelam que mais pessoas têm buscado e recebido atendimento médico. Isso pode ser atribuído à expansão da ESF, que resultou na ampliação do número de postos e centros de saúde públicos, bem como na mudança da porta de entrada para o SUS, com a utilização de unidades públicas para o primeiro atendimento. No entanto, é importante ressaltar que ainda existem desafios históricos a serem enfrentados. Entre eles, destacam-se as persistentes desigualdades regionais e a questão do financiamento (VIACAVA, 2018).

É notável a importância de os municípios direcionarem seus investimentos para a APS, uma vez que a deficiência nesse nível de cuidado resulta em um aumento na demanda pelos serviços de pronto atendimento, dificultando a humanização do cuidado nessas áreas, bem como a satisfação do usuário (PRUDENCIO; MONTEIRO; RIBEIRO; GOMES; MANHÃES, 2016). Uma fala de um dos entrevistados vai de encontro deste trabalho e de outros na literatura:

“Eu vejo que por muito tempo ela ficou de maneira digamos assim sucateada, .... A gente não tinha dinheiro e então a gente não tinha dinheiro. Ou você investe numa coisa ou você investe noutra. Então optamos em investir na unidade de pronto-atendimento que é o que dá suporte 24 horas. Com isso falta recursos para efetivamente investir na Atenção Primária.” Entrev1

Um destes desafios históricos é o financiamento da área da saúde, e foram relatadas por alguns entrevistados:

O custeio da Atenção Primária hoje é baixo.” Entrev1;  
 “Eu acho que tem que ter mais investimento na Atenção Básica.” Entrev2, “Faltam recursos sim.” Entrev5;  
 “É pesado para município ter um equipamento regional (UPA) e fazer mais de 50% de contrapartida do seu financiamento.” Entrev5

#### 4.4.7 Fatores relacionados à política nacional de humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS recomendam a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco como uma ferramenta, para distinguir os diferentes níveis de risco ou sofrimento dos pacientes, com o objetivo de evitar a evolução desfavorável dos casos e garantir o cuidado oportuno. Além disso, ela incorpora este sistema na UPA, visando acolher, ouvir e

oferecer respostas adequadas aos usuários dos serviços de urgência, a partir do reconhecimento das necessidades individuais dos pacientes. Dessa maneira, a abordagem prioriza o atendimento imediato aos pacientes que realmente necessitam de cuidados urgentes (RIO DE JANEIRO, 2022a).

Em 2007, o Estado do Rio de Janeiro adotou a PNH e para sua efetivação, criou uma Assessoria específica para a Política de Humanização. O principal e inicial desafio foi a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de entrada dos Hospitais Estaduais de Urgência/Emergência e Unidades de Pronto-Atendimento 24h.

De acordo com Silva, et al., (2013), o acolhimento, como uma das estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH0, tem o propósito de ampliar e aprimorar o acesso dos usuários, atuando como um reorganizador do processo de trabalho, com o objetivo de promover a humanização na assistência à saúde. Nesse sentido, a abordagem pode ser compreendida como um conjunto de estratégias baseadas em trocas solidárias e comprometidas com a produção da saúde, exercendo uma influência direta nos princípios do SUS. Destaca-se a importância de que a perspectiva do usuário seja complementar à dos profissionais de saúde e dos gestores. Tal questão enfatiza a necessidade de uma escuta ativa e empática, permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades e demandas dos pacientes, a fim de proporcionar uma assistência mais humanizada e alinhada às expectativas e aos direitos dos usuários do sistema de saúde.

Nas RAS, a PNH desempenha um papel crucial ao integrar os diferentes níveis de atenção, como a atenção primária, secundária e terciária. Ao estabelecer diretrizes para o trabalho em equipe, a PNH incentiva a comunicação efetiva e a coordenação de ações entre os profissionais de saúde, evitando, assim, a fragmentação do atendimento e garantindo uma assistência mais eficiente e resolutiva para a população.

Konder; O'dwyer (2016), destacam que a AB frequentemente se sente sobrecarregada para acolher a demanda espontânea, uma vez que já enfrenta diversas tarefas estabelecidas. Além disso, é comum enfrentar desafios como a falta de qualificação e estrutura inadequada para lidar com casos urgentes.

O acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades na APS é mencionado em diversas fontes, incluindo a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017b), a RUE que foi instituída no

SUS pela Portaria n.º 1.600 de 7 de julho de 2011 (posteriormente inserida nas Portarias de Consolidação n.º 3 (BRASIL, 2017e) e n.º 6 (BRASIL, 2017f), ambas de 28 de setembro de 2017 e no Caderno de Atenção Básica n.º 28 volume I de 2013 (BRASIL, 2012a).

Aprimorar a qualidade da assistência e incentivar a capacitação contínua das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde para o atendimento de urgências devem ser norteados pelos princípios da integralidade e humanização (MELO; SILVA, 2011).

A humanização também é fundamental nas RUE. A PNH, nesse contexto, se destina a criar ambientes acolhedores, reduzindo a ansiedade dos pacientes e seus familiares. Além disso, promove o treinamento adequado dos profissionais de saúde para lidarem com situações de urgência, mostrando empatia e compreensão em meio a momentos delicados e estressantes. A implementação da PNH nas RAS e na RUE, resulta em diversos benefícios. Em primeiro lugar, o cuidado humanizado aumenta a satisfação dos usuários, que se sentem mais respeitados e ouvidos em suas demandas. Isso pode levar a uma maior adesão aos tratamentos e acompanhamentos, contribuindo para a prevenção e o controle de doenças.

De acordo com O'dwyer (2017), o atendimento às urgências de baixo risco muitas vezes é negligenciado e perde sua relevância, sendo considerado "menos grave" e, conseqüentemente, "menos importante". Para esse autor, os usuários enfrentam dificuldades para acessar os serviços.

Essa falta de prioridade para as urgências pode acarretar sérios prejuízos aos usuários, aumentando o risco de complicações clínicas e prejudicando a confiança na capacidade de resolução do SUS (O'DWYER, et al., 2017). Observa-se que essas questões estão diretamente relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e têm um impacto direto no acesso dos usuários ao SUS.

#### **4.4.8 Ausência de classificação de risco na APS**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS preconiza a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco como uma ferramenta para diferenciar os diferentes níveis de risco ou sofrimento, com o objetivo de evitar a progressão dos casos e proporcionar cuidados oportunamente (BRASIL, 2010).

Com relação à Classificação de risco, o que se sugere é que cada USF deve se organizar seu modelo, de acordo com a sua realidade, sempre como norte uma bibliografia. É importante ressaltar que existe uma preocupação em ampliar a perspectiva da classificação de risco, enfatizando que, independentemente do protocolo adotado pelas unidades, é fundamental compreender não apenas os riscos clínicos, mas também as vulnerabilidades de cada usuário que busca o serviço de urgência (BRASIL, 2010).

Souza, et. al., (2015), demonstraram que o acolhimento é uma ferramenta facilitadora que visa assegurar que a ESF se estabeleça como a porta de entrada para o sistema de saúde, promovendo a integração com os demais níveis assistenciais e favorecendo a coordenação do fluxo de atendimento.

Quando os usuários não recebem acolhimento adequado na Atenção Básica, acabam procurando os serviços de emergência, que desempenham o papel de reguladores do sistema, tornando-se um local onde os problemas não resolvidos nos outros níveis de assistência são depositados (O'DWYER; KONDER, 2022).

O objetivo do estudo de Bernardes; Pereira e Souza (2016) foi investigar as expectativas dos enfermeiros brasileiros em relação ao acolhimento na atenção primária em saúde.

De acordo com os relatos dos enfermeiros, o acolhimento é percebido como algo distante da sua realidade, influenciado pelo ambiente de trabalho, políticas, gestão, população e estrutura física. Assim, observou-se que os atendimentos tendiam a se concentrar na avaliação de queixas agudas.

A população, ciente das dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária, tende a buscar inicialmente o atendimento de emergência na maioria das vezes, a fim de economizar tempo e encurtar o caminho, quando percebe a necessidade de atendimento imediato para suas demandas (BARROS, 2007).

De acordo com relatos dos profissionais nos estudos de Cassettari (2014), os usuários tendem a procurarem a UPA, como primeira opção, devido à facilidade de realização de exames e à dificuldade de acesso aos serviços da AB. Observou-se a ausência de um protocolo de classificação de risco e foi constatada dificuldade na interação entre as UPAS e a AB.

Existem vários protocolos utilizados para a classificação de risco, e internacionalmente, cinco são reconhecidos por adotar uma abordagem sistêmica de integração entre diferentes serviços. São eles: o Modelo Canadense, o Modelo

Australiano, o Modelo Americano, Modelo Manchester, e o Modelo de Andorra (CORDEIRO JUNIOR, 2014).

Nas USF do município de Três Rios, conforme a fala dos entrevistados, não há nenhum protocolo estabelecido para classificar as demandas do atendimento, principalmente as de UE. O Ministério da Saúde através de suas publicações tem sugerido a classificação de risco nos pontos de atenção à saúde. Uma delas é a Política Nacional de Humanização (PNH) e a outra está contida no volume I do Caderno de Atenção Básica n.º 28. Neste volume, aborda-se o tema do acolhimento, contextualizando-o no âmbito da Atenção Básica e apresentando questões relacionadas à sua implementação nas unidades de saúde (BRASIL, 2012).

Seguem os relatos dos entrevistados:

“Implantar uma classificação na Atenção Básica também é um desafio.” Entrev2

“Primeiro que falta o acolhimento na Atenção Básica para este paciente quando chega a unidade.” “A unidade não realiza uma Triage para classificar esse paciente.” Entrev3

“... classificação de risco uma vez que atenção primária não pode suprir essa demanda.” Entrev4.

“Não temos no município uma classificação de risco nos pontos de atenção à saúde no PSF.” ENTREV5

Apesar desta fragilidade da USF em avaliar os riscos e vulnerabilidades de acordo com seus conhecimentos e vivências práticas, os entrevistados propõem soluções e expõe os seus principais óbices e fragilidades, em relação à implantação da classificação de risco:

“A classificação de risco... poderia triar de quem viria pra cá e quem ficaria com eles.” Entrev2.

“raramente a unidade está com equipe completa para realizar o atendimento.” Entrev3

“as equipes não são treinadas para essa Urgência de baixo risco. ” Entrev3

“Quando o paciente vai a USF e não tem médico ele vai para à UPA. Se o médico estiver lá ele só vai ser atendido se o médico quiser. Temos que avançar neste protocolo.” Entrev5

#### 4.5 ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DAS RAS

Neste contexto, são apresentadas as informações que auxiliam na compreensão das estratégias e mecanismos adotados no município para facilitar a articulação entre a UPA e a APS.

Na análise das elocuições dos entrevistados relacionados à Categoria articulação entre os serviços das RAS, culminou em 03 Subcategorias e 6 principais óbices, com suas respectivas unidades de registro (elocuições), que podem ser observadas no apêndice F.

Em cada categoria temos as subcategorias e os principais óbices, conforme demonstra figura 9 a seguir:

Figura 9 – Categoria: Articulação entre os serviços das RAS. Subcategoria e principais óbices.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

#### 4.5.1 Fatores relacionados à Integração

Os profissionais e gestores, em sua maioria, possuem uma compreensão clara das responsabilidades da UPA. Com relação à APS, eles reconhecem que sua principal função é realizar ações destinadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e gerenciamento de condições crônicas (ROS, 2018).

No Brasil, a coordenação do cuidado pela APS ainda é uma realidade distante. Para que essa função seja efetivamente exercida, é crucial ter a capacidade de mobilização e tomada de decisões em relação aos recursos disponíveis na rede (COELHO; CHAVES; ANSEMI; HAYASHIDA; SANTOS, 2019).

Os dados indicam que a integração entre a APS e a UPA é frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços da RAS. Fica evidente a falta de definição das

funções de cada equipamento em saúde, unidade, tanto por parte dos gestores quanto dos profissionais assistenciais. Esses profissionais expressaram que o atendimento aos usuários em situações agudas de baixo risco não é uma responsabilidade atribuída nem à APS nem a UPA (ROS, 2018).

A limitada integração da APS com os demais níveis de cuidado dificulta a conquista da tão desejada coordenação do cuidado, comprometendo o reconhecimento da ESF como a principal porta de entrada dos usuários no SUS.

Como resultado, quando os usuários não recebem acolhimento adequado na APS, eles acabam recorrendo aos serviços de emergência, que acabam assumindo o papel de reguladores do sistema, ou seja, tornam-se depósitos dos problemas não resolvidos nos outros níveis de assistência (O'DWYER, et al., 2017).

A análise das implicações éticas no acolhimento, considerando a perspectiva dos atores envolvidos - gestores, trabalhadores da saúde e usuários - revelou uma série de considerações éticas importantes.

O estudo demonstrou que os profissionais têm uma compreensão conceitual da finalidade do acolhimento e de como ele deve ser realizado. No entanto, na prática, constatou-se uma ênfase na organização do cuidado exclusivamente em questões biomédicas. Foi observada também a fragmentação dos serviços, o que dificulta o acesso e compromete a garantia da integralidade do atendimento (BREHMER; VERDI, 2010).

#### **4.5.2 Falta de Integração**

Os dados indicam que a integração entre a APS e a UPA é frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços da RAS. Fica evidente a falta de definição das funções de cada equipamento em saúde, unidade, tanto por parte dos gestores quanto dos profissionais assistenciais. Esses profissionais expressaram que o atendimento aos usuários em situações agudas de baixo risco não é uma responsabilidade atribuída nem à APS nem a UPA (ROS, 2018).

Os profissionais e gestores, em sua maioria, possuem uma compreensão clara das responsabilidades da UPA. Com relação à APS, eles reconhecem que sua principal função é realizar ações destinadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e gerenciamento de condições crônicas (ROS, 2018).

No Brasil, a coordenação do cuidado pela APS ainda é uma realidade distante. Para que essa função seja efetivamente exercida, é crucial ter a capacidade de mobilização e tomada de decisões em relação aos recursos disponíveis na rede (COELHO NETO, et al.; 2019).

A limitada integração da APS com os demais níveis de cuidado dificulta a conquista da tão desejada coordenação do cuidado, comprometendo o reconhecimento da ESF como a principal porta de entrada dos usuários no SUS. Como resultado, quando os usuários não recebem acolhimento adequado na APS, eles acabam recorrendo aos serviços de emergência, que acabam assumindo o papel de reguladores do sistema, ou seja, tornam-se depósitos dos problemas não resolvidos nos outros níveis de assistência (O'DWYER, et al., 2017).

A análise das implicações éticas no acolhimento, considerando a perspectiva dos atores envolvidos - gestores, trabalhadores da saúde e usuários - revelou uma série de considerações éticas importantes. O estudo demonstrou que os profissionais têm uma compreensão conceitual da finalidade do acolhimento e de como ele deve ser realizado.

No entanto, na prática, constatou-se uma ênfase na organização do cuidado exclusivamente em questões biomédicas. Foi observada também a fragmentação dos serviços, o que dificulta o acesso e compromete a garantia da integralidade do atendimento (BREHMER; VERDI, 2010).

Considerando a fragmentação do cuidado, os desafios na efetivação da APS como porta de entrada preferencial e a necessidade de integração dos serviços, é necessário adotar estratégias que auxiliem na reorganização dos serviços, na melhoria do acesso e na promoção da integralidade do cuidado. Essa abordagem também é proposta por um estudo realizado no Canadá, que sugere a integração de unidades especializadas com hospitais universitários (DALLAIRE, 2015).

Embora os estudos selecionados não tenham examinado de maneira aprofundada a integração da UPA, com os outros componentes da RUE, vários trabalhos surgiram, embora de forma superficial, que mostraram a tarefa desafiadora da integração com a AB (CASSETARI, 2014).

A pesquisa teve como objetivo analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Diversas considerações éticas foram levantadas em relação ao acolhimento. Ficou evidente que os profissionais possuem um entendimento conceitual sobre a finalidade do

acolhimento e como ele deveria ser realizado. No entanto, na prática, observou-se uma organização do cuidado focada exclusivamente em questões biomédicas. A fragmentação dos serviços foi identificada como um obstáculo ao acesso e à garantia da integralidade do cuidado (BREHMER; VERDI, 2010).

Pesquisas de casos sobre a integração entre diferentes níveis de assistência em grandes centros urbanos constataram que o processo de coordenação e estabelecimento de fluxos entre USFs e UPA foi avaliado de forma positiva pelos gestores municipais de Belo Horizonte.

No entanto, médicos e enfermeiros identificaram a relação entre UPA e UBS como um dos principais desafios para o funcionamento integrado da rede, e essa percepção foi compartilhada também no município de Vitória (AMARAL; ABRAHAO; PINA, 2015).

Sisson (2011), ao analisarem o modelo assistencial da APS em Florianópolis a partir da implementação da ESF, verificou-se a necessidade de avançar nas estratégias de integração e coordenação a fim de fortalecer a importância da ESF como a principal porta de entrada integrada à rede de saúde

No estudo conduzido por Vieira; Gazzinelli (2017), que visava mensurar o nível de integração da APS na RAS, em um município de pequeno porte, foi constatado que o acesso aos serviços era facilitado devido à disponibilidade de atendimentos não agendados. No entanto, os resultados revelaram uma baixa integração da APS na RAS.

Destacando que a oferta organizada representa uma abordagem que combina tecnologias e estratégias mais apropriadas para abordar os problemas provenientes de áreas com diferentes perfis epidemiológicos, visando atender de forma integral às necessidades de saúde dos diversos territórios (PIRES, 2013).

Um estudo realizado por Souza (2011), mostrou que a articulação entre os serviços de saúde no município de Três Rios, enfrenta obstáculos, principalmente devido às restrições nos mecanismos de coordenação e comunicação entre os profissionais e as diferentes áreas da secretaria de saúde.

A ausência de estruturas formais de debate e a escassez de contatos informais, que geralmente dependem do perfil do profissional e das necessidades individuais de cada situação, também contribuem para essas dificuldades.

Um dos entrevistados relata a importância do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade existente no município no sentido de melhorar a integração:

“Nas Unidades que tem os residentes e que tem os preceptores, há uma melhor integração e há um melhor resultado no serviço de saúde daquela população” Entrev5

Ficou clara a dificuldade de integração entre a UPA e a APS no Brasil de uma forma geral. No município de Três Rios, esta integração deixa muito a desejar conforme análise documental, pesquisa bibliográfica, dentre outras. Eis os relatos dos entrevistados:

“Não vejo muita integração não.” Entrev1

“Não há esse tipo de integração o que eu vejo hoje que a gente não consegue ter um melhor relacionamento interpessoal das equipes.” Entrev1

“Em alguns casos a gente consegue algum contato com alguns PSFs.” Entrev2

“Não há integração nenhuma.” Entrev3

“Não vejo nada formal...Coordenação UPA e Coordenação Atenção Básica só (integram) se tiver algum caso específico.” Entrev4

“Precisamos ter as Unidades Integradas”. Entrev5

Nas entrevistas apresentadas, sugere que esta dificuldade de integração abrange 03 requisitos: o primeiro as questões de relacionamento humano (entre os próprios profissionais), a segunda seria a de comunicação no sentido de estabelecer mecanismos que a aprimorem. A terceira seria questões de Gestão em estabelecer reuniões periódicas, educação continuada e implementar meios para integrar os profissionais e serviços.

#### **4.5.3 Fatores relacionados às Redes de Atenção à Saúde**

A Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS, define rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A Portaria n.º 4.279, datada de 30 de dezembro de 2010, revogada pela Portaria de Consolidação n.º 3 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e), tem como objetivo estabelecer as orientações para a estruturação da RAS dentro do SUS.

Nesse contexto, a rede de atenção à saúde é definida como uma série de arranjos organizacionais, que envolvem diversas ações e serviços de saúde, com diferentes níveis de tecnologia, que são integrados através de sistemas de suporte técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de assegurar a abrangência completa do cuidado prestado.

O Ministério da Saúde priorizou a Saúde da Família como uma estratégia fundamental para expandir e consolidar a Atenção Básica, além de ser uma forma de organização dos sistemas de saúde locais. No entanto, esse modelo por si só não é capaz de assegurar a plena integralidade em saúde, que é um princípio fundamental tanto constitucional quanto doutrinário do SUS.

A Atenção Primária desempenha um papel fundamental como a primeira porta de acesso para os usuários do SUS e é o ponto central de comunicação para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, as redes têm o propósito de oferecer um cuidado completo e adaptado às necessidades de saúde da população.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um modelo que se baseia na regionalização e integração dos serviços para atender tanto a condições agudas como crônicas. Tais estratégias têm o potencial de transformar o cenário de desigualdades encontradas na acessibilidade aos serviços de saúde. O desafio de implementar a regionalização e as redes integradas de atenção à saúde está alinhado com os princípios e diretrizes do SUS, sendo um processo gradual de construção.

#### **4.5.4 Dificuldades de estabelecer fluxos e protocolos**

A APS desempenha um papel fundamental como ponto central de comunicação na RAS e tem a responsabilidade de coordenar o cuidado. Em sistemas com barreiras de acesso aos serviços, é comum observar a perda de continuidade na assistência e uma falta de coerência entre os serviços oferecidos e as necessidades de saúde. Portanto, a eficácia na organização dos sistemas de saúde somente será alcançada se houver uma abordagem centrada na pessoa, colocando o indivíduo como foco central do cuidado (OPAS, 2011).

Aleluia, *et al.*, (2017), avaliaram a coordenação do cuidado no contexto da APS em um sistema municipal de saúde no estado da Bahia, e foi constatado que a coordenação do cuidado ainda não havia sido alcançada no município. As principais dificuldades identificadas foram à falta de protocolos assistenciais, a ausência de um sistema informatizado e a falta de outras tecnologias de informação e comunicação. Pelo relato dos entrevistados tem de haver ainda um aprimoramento destes fluxos e protocolos.

“Acho muito frágil esta relação ainda. Porque muita das vezes o paciente não sabe explicar, o que o médico da onde ele passou disse para ele, ou falou o que ele tem.” Entrev1

“Esse fluxo ele é importante ele precisa acontecer.” Entrev5

A fim de utilizar adequadamente os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é essencial estabelecer um fluxo regionalizado que atenda de maneira organizada às necessidades dos usuários. A falta de fluxos adequados ou inexistentes, a duplicidade de serviços com a mesma finalidade e o acesso facilitado aos níveis de maior complexidade resultam em distorções que comprometem a integralidade, universalidade, equidade e racionalidade dos gastos (CHAVES ; ANSELMINI, 2006).

Uma APS bem estruturada desempenha um papel crucial na prevenção de internações hospitalares por condições que podem ser tratadas em ambulatório. É necessário organizar a rede de cuidados de forma a aprimorar a integração entre diferentes esferas de atenção, facilitando o fluxo de pacientes entre os diversos níveis de atendimento (MENDES, 2011).

Com base na Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu a PNAB, é necessário reconhecer as necessidades de saúde da população atendida pela APS para que ela possa coordenar a RAS. O objetivo é articular-se de forma colaborativa com os demais serviços de saúde, visando fortalecer o planejamento em níveis superiores.

É de extrema importância obter um conhecimento aprofundado sobre a rede de APS na região de saúde, a fim de viabilizar a implementação de ações intersetoriais e, também, a organização eficiente da RAS. O ideal seria enfatizar as necessidades específicas locais, promovendo assim a integração das referências de saúde no território em questão (BRASIL, 2017b). Pelas falas dos entrevistados tem de se trabalhar ainda estas questões no município:

“É preciso trabalhar a classificação destes profissionais, adoção de protocolos mesmo com matriciamento dos profissionais especialistas do NASF e da rede.” Entrev5

“Nosso desafio é as redes funcionarem.” Entrev5

“eu vejo que ainda muito incipiente, muito, ainda precisa ser melhor fortalecido estes canais de discussão e esses protocolos regionais que vão ser desdobradas dentro do município.” Entrev5

#### **4.5.5 Intercomunicabilidade dos Sistemas de Informação Inexistente**

A efetivação das RAS requer um sistema de fluxo e contra fluxo de informações eficientes (MENDES, 2011). Trabalhos de Pereira (2018), mostraram que na maioria dos casos, o próprio usuário e/ou sua família são a única fonte de informações disponíveis. Isso evidencia a ausência de uma comunicação formal entre os serviços e representa um risco para a qualidade e continuidade do cuidado que deveriam ser priorizados na assistência à saúde.

Pereira (2018) através de estudo indica que o prontuário eletrônico é uma ferramenta promissora para aprimorar o mecanismo de referência e contrarreferência. Além disso, é empregada com o objetivo de aprimorar a integração e oferece diversas vantagens, tais como acesso ágil ao histórico de saúde, otimização da gestão do tempo, planejamento mais eficiente e melhoria da qualidade do atendimento (CANÊO; RONDINA, 2014).

A comunicação formal é estabelecida por meio da existência de um prontuário eletrônico, que atua como uma guia de referência e contrarreferência. Embora o uso de sistemas interativos online, sistemas em rede e sistemas integrados tenha suas limitações, ele possibilita que os profissionais compartilhem arquivos e informações, resultando em uma comunicação eficiente. Essa eficiência é potencializada com o auxílio de tecnologias como redes sociais e mensagens de texto, e-mail e internet (HUSTON, 2014). A falta da intercomunicabilidade dos sistemas de informação foi um grande problema relatado pelos entrevistados:

“Você não tem prontuário eletrônico, então você acaba gastando mais com esse paciente. Ele faz exame na Atenção Básica, faz exame na UPA, passa com consulta na UPA, na Atenção Básica.” Entrev1

“Alguns casos a gente faz contato direto com Central Estadual de Regulação e de exames.... durante a alta ele escreve no papel tudo que vai solicitar.” Entrev1

“Mas precisamos ter prontuário eletrônico, nós precisamos ter a informatização das Unidades.” Entrev5.

É recomendável aprimorar as ferramentas de integração já presentes na rede municipal como: o prontuário eletrônico e promover a implementação de ações inovadoras que fortaleçam a comunicação e a integração entre os profissionais e os serviços de saúde (ROS, 2018). Um relato de um entrevistado corrobora com este raciocínio:

“A gente tem uma interlocução. As redes sociais e principalmente o whatsapp foi um agente facilitador.” Entrev1

#### **4.5.6 Referência e contrarreferências fragilizadas**

Sisson (2011), revelaram que a ESF enfrenta dificuldades organizacionais em sua posição como principal porta de entrada preferencial e regular. O acesso ainda é burocrático e restritivo, e os mecanismos de referência e contrarreferência para atenção especializada são frágeis.

No estudo realizado por Azevedo; Costa (2010), em que analisaram a percepção dos usuários sobre o acesso à ESF em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, foram identificados obstáculos que dificultam o acesso dos usuários. O estudo evidenciou que, em situações de urgência, os usuários encontram dificuldades em obter acesso aos serviços de atenção básica, o que leva a uma sobrecarga nos serviços de urgência. Além disso, foram apontados diversos problemas de organização relacionados às referências e contrarreferências.

No estudo realizado por Andrade ; Francischetti (2019) sobre referência e contrarreferência, é enfatizada a relevância da comunicação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade como uma forma de garantir uma assistência adequada aos usuários do SUS, levando em consideração os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Nesse contexto, é fundamental estabelecer mecanismos efetivos de *feedback* entre todos os níveis de atenção à saúde, a fim de fortalecer e aprimorar a RAS.

No estudo realizado por Pereira (2018) sobre as facilidades e dificuldades relacionadas à referência e contrarreferência na RAS, foi concluído que esse processo ocorre de forma desarticulada e muitas vezes informal. O estudo identificou a ausência de uma conexão efetiva entre o primeiro nível de atenção à saúde e os demais níveis assistenciais, o que resulta em descontinuidade no cuidado e fragilidade da RAS.

Outrossim, foram identificadas significativas fragilidades em regiões examinadas, variando em intensidade, abrangendo os âmbitos político, estrutural e organizacional. Nesse viés, as fragilidades não podem ser consideradas insignificantes e, sem dúvida, estão presentes em outras RAS também. A APS ainda não desempenha um papel efetivo nem preferencial como ponto de entrada no sistema de saúde nas situações analisadas (BOUSQUAT, 2017).

Os profissionais consideram a contrarreferência da UPA para a ESF como um ponto problemático. Os enfermeiros ressaltam a falta de clareza nos encaminhamentos, tanto para os usuários, que não sabem para onde devem ser direcionados, quanto para os profissionais da ESF, que não têm acesso a nenhum registro do atendimento inicial realizado na UPA (SOARES, 2017).

Praticamente todos os próprios entrevistados relatam que não há uma referência e contrarreferência no município, principalmente pela sua escassez e pela forma como ela é feita. Alguns até ironizam:

“Mas não pode deixar também de ressaltar aqui que em alguns casos sim tem referência.” Entrev3

“Raras vezes nós temos um encaminhamento. A maioria das vezes eles vão por conta própria. Demanda espontânea. Eles não passam nas Unidades deles.” Entrev3

“Parece que a unidade básica de saúde não funciona. A unidade tem um fluxo bom, só que ela poderia funcionar muito melhor.” Entrev3

“De boca ou num papelzinho, mas a maioria é feita de boca porque se ele(médico) escreveu no papel para fazer uma cartinha para o PSF ele vai perder muito tempo. Ele tem mais 20 para atender! Daqui a pouco vai chegar mais 20 então acaba ficando atendendo na correria.” Entrev3

“Nunca recebemos esta referência da UPA. Quando tem este feedback normalmente é o SAD que dá.” Entrev3

“Depende do que o paciente precisa e o profissional preenche a ficha. Existem alguns agendamentos pelo SISREG.” Entrev4

“Geralmente a gente vê que é na boca a boca.” Entrev3

“Normalmente é por referência e contrarreferência que é uma ficha mesmo, um papel, um manuscrito. Que seja o enfermeiro, que seja um médico que referência esse paciente para UPA ou mesmo uma orientação verbal para paciente ir.” Entrev4

#### **4.5.7 Fatores relacionados ao atendimento das urgências de baixo risco**

Há um consenso de que a melhor opção para atender às urgências de baixo risco é a APS. A UPA, por sua vez, deve ser utilizada somente fora do horário de funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, os entrevistados consideram legítimo que a população acesse o serviço de sua preferência. O usuário

busca a liberdade de escolher qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da área de referência territorial, ou até mesmo dirigir-se a um pronto-socorro ou hospital, independentemente da natureza de sua demanda, seja ela urgente ou não (OLIVEIRA, 2004).

Sabemos que as USF deveriam ter como norte a prevenção e a promoção dos agravos. Porém, a UPA permanece com a sobrecarga de atendimentos classificados como urgência de baixo risco, caracterizados como verdes e azuis pelo protocolo de classificação de risco utilizado. Para estes usuários, com certeza, o melhor local para seu atendimento seria a própria USF devido à necessidade de continuidade do cuidado, resolutividade e vínculo (ROS, 2018).

Alguns dos entrevistados relatam o alto número de pacientes de baixo risco na UPA 24h Três Rios, inclusive atribuiu esta responsabilidade a própria população em reconhecer a APS:

“O fluxo é muito intenso e sobrecarrega o sistema o baixo risco.”  
Entrev4

“Aí temos um problema da população em reconhecer a atenção primária como também um equipamento de saúde que possa responder a demanda de baixo risco.” Entrev5

Diversos estudos evidenciam que a APS possui a capacidade de resolutividade de 85% das demandas de saúde dos seus usuários, desde que os serviços sejam organizados de maneira a compreender de forma ampla as necessidades da população, levando em consideração o seu potencial de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

A AB desempenha um papel fundamental na RUE, sendo responsável por acolher a demanda espontânea, solucionar casos de urgência de baixa gravidade, encaminhar situações que não requerem atendimento imediato para as linhas de cuidado apropriadas e gerenciar o transporte sanitário para casos de urgência mais complexas (SOARES; LIMA; CASTRO, 2014).

As portarias do MS, que estão relacionadas às urgências e emergências estabelecem requisitos para USF, exigindo-as que estejam adequadamente equipadas com materiais, insumos e infraestrutura, para o manejo de casos de urgência. Além disso, mencionam a necessidade de uma sala de observação para pacientes por até oito horas. Essas portarias também orientam a criação de uma rede de referência e contrarreferência para encaminhar os casos atendidos, bem como

garantir o transporte para os casos mais graves (NÓBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

#### **4.5.8 Busca do usuário à UPA 24h Três Rios como primeiro ponto de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

Cirino; Schneider Filho; Nichiata e Fracolli (2020), mostraram que maneira como ocorre a interação entre os usuários e os profissionais de saúde, pode exercer um papel determinante na tomada de decisões dos usuários ao buscar serviços de saúde. Nesse contexto, um estudo destacou que a forma como os usuários são tratados é um critério fundamental para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, superando até mesmo a qualidade técnica.

Barros (2007) adverte pela forma pelo qual o usuário se sente acolhido na Unidade de emergência também o influencia a retornar a esse serviço. Essa atitude gera vínculos positivos, entretanto, riscos de descontinuidade da assistência se não for garantido ao usuário o encaminhamento a um serviço apropriado, depois de realizados os primeiros cuidados necessários.

Alguns entrevistados relataram que muitos usuários da UPA 24h Três Rios vão à busca de atestado:

“A maioria das urgências de baixo risco vão em busca do atestado.”

Entrev1

“De 100 atendimentos destes de baixo risco (deste azul e verde) 85% saem com um atestado na mão. Porque o objetivo dele é procurar a UPA e dar um atestado para ele.” Entrev3

De acordo com Starfield (2002), a falta de um ponto de entrada facilmente acessível pode resultar na não obtenção da atenção adequada ou em adiamento do cuidado necessário, o que pode levar a custos adicionais. A presença de um médico da APS, oferecendo aconselhamento e orientação, é esperada para facilitar a seleção da melhor fonte de atendimento.

Godoi (2020) mostrou aspectos que influenciam a busca por serviços de urgência estão associados a experiências pessoais em outras instâncias de atendimento, percepção individual da gravidade da doença, a crença de que o atendimento de urgência é mais eficaz em comparação com a atenção básica, e também fatores relacionados à conveniência para os usuários.

Um relato de um dos entrevistados corrobora o pensamento dos autores citados nos parágrafos anteriores:

“Acredito que tentam orientar estes pacientes a importância de procurar atenção básica e não ficar retornando nesses casos, mas é atendido normalmente mesmo alguns profissionais achando que não seria aqui o local para aquilo, mas eles sempre são bem atendidos.”  
Entrev2

Soares (2017) ressalta que a configuração da porta de entrada das UPA e das UBS sinalizam diferenças sobre a organização da atenção às urgências de baixo risco. Nas UPA, o atendimento médico no mesmo dia é a principal oferta do serviço, para isso utiliza-se protocolo de risco que classifica a prioridade dos casos e garante ao paciente que será avaliado pelo médico no mesmo dia. Nas UBS, a avaliação das demandas fica a critério das equipes, mesmo tendo orientações para que o paciente não deixe a unidade sem ser avaliado pelo médico, nos casos de quadro agudo. Entretanto, sabe-se que algumas situações podem romper com essa orientação, principalmente pela variedade de ações em que estão envolvidos os profissionais da AB, tal como grupos de saúde, visitas domiciliares e os atendimentos programados.

A escolha dos usuários do SUS em procurarem uma USF devido à sua proximidade com a residência, rapidez e facilidade de deslocamento indica perspectivas favoráveis para investimentos visando à melhoria do processo de trabalho dos profissionais e da rede de serviços do SUS. Isso terá um impacto significativo na expansão do acesso à saúde. Para alcançar esse objetivo, é essencial aprimorar as relações entre os diferentes níveis de atenção do SUS, reduzindo a duplicação de ações e buscando alcançar maior equidade nos serviços (PIRES, 2013).

Embora a APS continue sendo a principal porta de entrada para os serviços de saúde do SUS há um aumento perceptível na busca da população pelos serviços de pronto-atendimento público. Isso sugere uma competição pela porta de entrada entre o modelo assistencial da APS e a UPA. No final dos anos 2000, houve um estímulo do governo federal para a implantação da UPA como parte da política nacional de atenção às urgências.

Como resultado, houve uma expansão significativa dessas unidades, sob a gestão municipal. No entanto, não houve uma integração adequada dessas unidades nas Redes de Atenção à Saúde RAS, o que levou à ocupação de espaços onde tanto

a APS quanto a atenção hospitalar apresentam deficiências em termos quantitativos e qualitativos (KONDER; O'DWYER, 2015).

Praticamente todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que o atendimento para os usuários categorizados como azul, na UPA 24h Três Rios, deveriam ser atendidos na APS.

#### **4.5.9 Baixa resolubilidade da APS**

No estudo realizado por Bousquat (2019) sobre a perspectiva de gestores e usuários em relação à APS e à coordenação do cuidado nas regiões de saúde, foram evidenciadas fragilidades da APS tanto em sua capacidade de ser a porta de entrada preferencial na RAS quanto em sua capacidade de ser resolutive.

Segundo a visão dos usuários, ainda prevalece a concepção de que a APS se limita à realização de procedimentos simples, como medição da pressão arterial e fornecimento de medicamentos. No referido estudo, constatou-se que a falta de exames essenciais, medicamentos e outros recursos é um dos fatores relacionados à baixa capacidade de resolução da APS. Essa situação, somada a outras condições estruturais da APS, torna inviável o seu papel como coordenadora da RAS.

Os gestores e os coordenadores entrevistados concordam que o melhor lugar para atendimento às urgências de baixo risco é a ESF e que a UPA deve atendê-las somente fora do horário de funcionamento da APS. Entretanto, acha legítimo a população acessar o serviço preferido.

Souza (2011), ao analisar o volume total de atendimentos médicos na UPA 24h Três Rios, sugere que a UPA atende elevada demanda que a ESF não está absorvendo, já que cerca de 70% desses atendimentos da UPA são de baixa complexidade, o que pode indicar problemas de resolutividade da APS.

Em seu estudo, relata que os usuários que não conseguem atendimento na USF, procuram acesso na UPA. Isso pode indicar também a baixa de resolutividade de unidades que estão em funcionamento, por causa de questões como limitado horário de funcionamento, falta de profissionais e precárias condições de infraestrutura.

Em suma, os problemas se perpetuam até hoje conforme elocução dos entrevistados:

“Geralmente quando o paciente chega aqui que poderia ter sido

resolvido na Atenção Básica, geralmente os médicos ou os profissionais da UPA faz um encaminhamento tanto verbal e muitas vezes escrito também.” Entrev2

“O paciente vai no posto de saúde e fala pra ir UPA, porque a gente está sem médico. Vai na UPA porque não tem vaga ou vai na UPA porque a gente não vai resolver isso aqui.” Entrev3

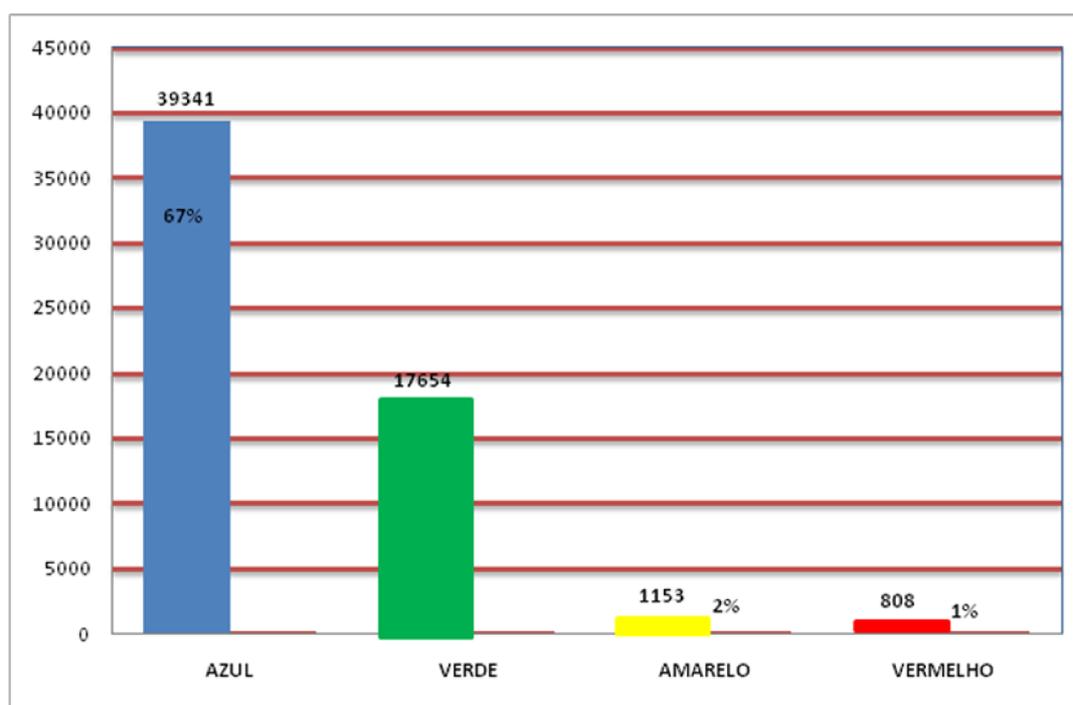
“Ele (usuário) só vai ser atendido (na APS) se o médico quiser. Temos que avançar neste protocolo.” Entrev5

“Nós temos a situação da dificuldade, dos profissionais médicos estarem mesmo disponíveis na atenção primária para realizar ali todo o atendimento.” Entrev5

Os usuários do SUS do município de Três Rios, apesar da expansão da rede básica de saúde ao longo dos anos e da cobertura de 100% da ESF, e dos esforços para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, usuários de baixo risco ainda superlotam a UPA 24h Três Rios (BANDEIRA, 2011; SOUZA, 2011; SOUZA, 2015).

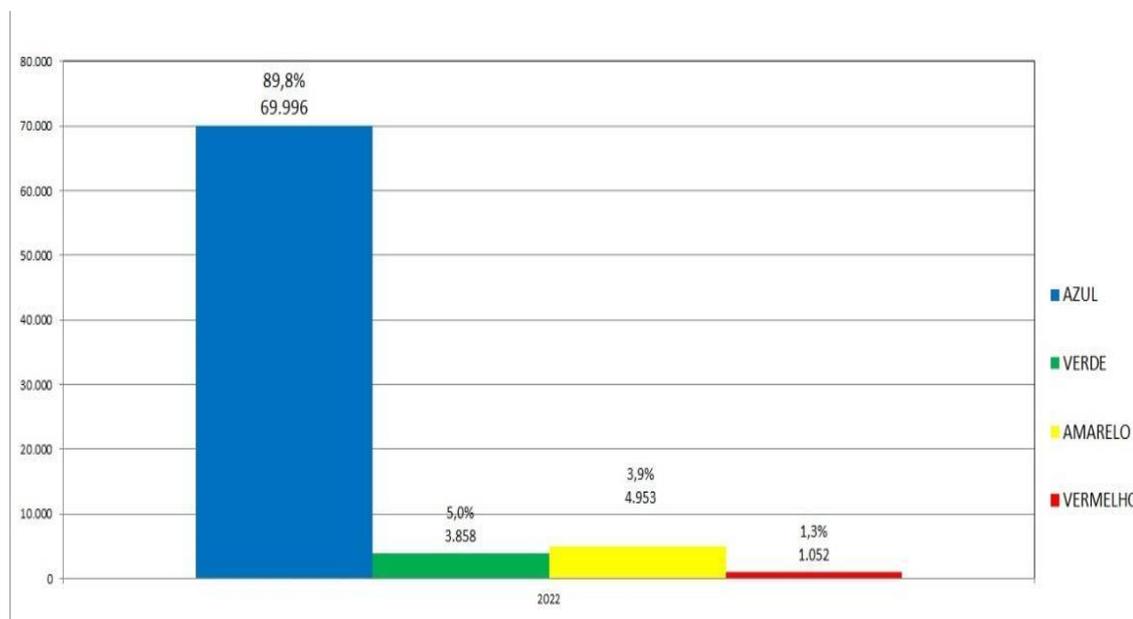
Os gráficos abaixo (14 e 15) demonstram o alto número de usuários por nível de complexidade avaliado pela classificação de risco na UPA 24h Três Rios nos anos de 2010 e 2022 respectivamente:

Gráfico 14 — Número de usuários atendidos na UPA 24h Três Rios por nível de complexidade, avaliados pela classificação de risco, Três Rios, ano 2010.



Fonte: Elaboração pelo autor.

Gráfico 15 — Número de usuários atendidos na UPA 24h Três Rios por nível de complexidade, avaliados pela classificação de risco, Três Rios, ano – 2022.



Fonte: Sistema Klinikos Upa Três Rios/RJ.

Comparando-se o número de atendimentos dos anos de 2010 (58.956) e 2022 (79.859) na UPA 24h Três Rios (Gráficos 14 e 15), evidencia-se um aumento significativo do acesso da população à este serviço de urgência e emergência de (35,44%).

Porém, ao comparar o número de atendimentos por nível de complexidade avaliado pela classificação de risco da UPA 24h Três Rios nos anos de 2010 e 2022, evidenciase que praticamente os níveis de cor vermelha e amarelo permaneceram estáveis. Já os níveis de cores cor azul e verde aumentaram consideram entre (22,8% e 25% respectivamente). Os usuários categorizados pela cor azul são aqueles que necessitam de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que após 12 anos de sua inauguração, a maior parte das demandas da UPA 24h Três Rios é de usuários que poderiam ser atendidos pela Atenção Básica. Isso demonstra ainda, a continuidade das fragilidades na organização do sistema local, pelo fato de que estes usuários têm procurado a UPA para atendimento de baixa complexidade.

Nesse ponto, percebe-se um dilema: o paciente que procura a UPA para uma demanda de baixo risco é atendido, mas sua equipe de APS pode não estar ciente de que ele está buscando atendimento. Embora o problema seja resolvido no momento, perde-se a oportunidade de estabelecer um acompanhamento longitudinal. Por outro

lado, o paciente que opta por procurar a AB pode enfrentar regras e tempos de espera diferentes, dependendo da equipe. Dessa forma, ao analisar a organização dos serviços de urgência, observam-se padrões distintos de acesso, abordagens e possibilidades para a continuidade do cuidado entre os diferentes serviços.

## 5 CONCLUSÃO

A organização das RAS não é uma tarefa simples, é necessário muito mais do que apenas atribuir responsabilidades e desenhar fluxos entre os serviços para torná-la efetiva. É necessário avaliar e abordar os fatores que afetam a resolutividade e a legitimidade da APS perante a sua população adscrita por equipe de saúde da família. É importante lembrar que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e que a sua capacidade de resolução de problemas está diretamente relacionada ao número de usuários que a ESF atende. Quando uma equipe atende um grande número de usuários, pode haver uma sobrecarga de demandas, que dificultam o atendimento às consultas de urgência, e a própria rotina de médicos e enfermeiros.

Como foi visto nos capítulos anteriores, a AB é parte integrante da RUE e desempenha um papel importante no acolhimento de usuários que procuram atendimento de forma espontânea, na resolução de situações de urgência de baixa risco na USF, na inserção desses usuários em linhas de cuidado e no manejo e transporte de usuários com situações de urgência mais complexas para as referências no próprio município.

As USF são as portas de entrada para o sistema de saúde e, por isso, têm um papel fundamental na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de diversas doenças, além de serem responsáveis por cuidados de saúde de rotina e promoção da saúde. Quando integradas à RUE, a APS contribui para uma melhor gestão do fluxo de usuários, evitando sobrecarga nos serviços de emergência e garantindo que os usuários recebam atendimento adequado e oportuno, de acordo com a gravidade da situação.

Uma das razões para essa fragilidade é a dificuldade da APS em ocupar sua real posição e importante missão como coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços nas RAS. Isso acaba sobrecarregando as urgências com demandas que poderiam ser resolvidas na APS. Por outro lado, a divisão da gestão dos estabelecimentos da rede de serviços impõe dificuldades à constituição da RUE.

Dessa maneira, a pesquisa identificou que alguns atores envolvidos na gestão das RAS recorrem a uma rede de conhecimentos e contatos pessoais para contornar as dificuldades de integração e as dificuldades estruturais. A rede informal de contatos muitas vezes é utilizada para agilizar a resolução de problemas. Estes subterfúgios são interessantes, porque mostra como os atores envolvidos na gestão das RAS

utilizam seus recursos e contatos pessoais para encontrar soluções para os problemas que surgem no cotidiano da gestão da rede. No entanto, ela também pode ser vista como uma forma de contornar as regras e procedimentos estabelecidos, para a gestão da rede de saúde, o que pode comprometer a equidade e a transparência no acesso aos serviços de saúde.

Diante desses desafios, os atores envolvidos na gestão da rede de saúde local vão produzindo práticas alternativas de integração, uma vez que as regras estabelecidas e os recursos disponíveis são insuficientes para a resolução dos problemas. Isso mostra que a construção de uma RUE integrada requer não apenas a definição de políticas claras, mas também a capacidade de adaptação e criatividade dos atores envolvidos na gestão da rede de saúde.

Destacam-se como particularidades locais as fragilidades crônicas na administração pública municipal e a elevada rotatividade nos cargos de gestão na área da saúde, o que pode ocasionar interrupções e obstáculos na condução das políticas setoriais. Recentemente, o município passou por alterações no governo e na gestão da saúde. Os entrevistados compartilharam suas perspectivas, porém, é importante considerar que isso pode representar uma limitação da pesquisa, visto que estavam diretamente envolvidos no processo recente de mudanças.

O enfrentamento desses e de outros desafios é fundamental para fortalecer a APS no município, na perspectiva da estruturação de um sistema de saúde mais abrangente e resolutivo, norteado de fato pelos princípios do SUS de universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Ao identificar os interesses, disputas e arranjos envolvidos na construção do papel da APS no atendimento às urgências, foi possível entender melhor como as políticas são implementadas e quais os desafios enfrentados pelo gestor local na gestão das RAS. Nesse segmento, isso pode contribuir para aprimorar a gestão da rede de saúde e para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população.

Os dados indicam que a integração entre a APS e a UPA ainda é frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços da RAS. Fica evidente a falta de articulação e das funções exercidas pelos colaboradores em suas funções na RAS.

Ao utilizar uma variedade de métodos de coleta de dados, o estudo forneceu informações mais abrangentes e precisas sobre o sistema de saúde do município em questão, ajudando a identificar pontos críticos e sugerir possíveis melhorias na gestão

da saúde pública. Além disso, a combinação de diferentes estratégias metodológicas pode ajudar a validar e corroborar as informações coletadas, aumentando a confiabilidade e validade dos resultados obtidos.

A partir das entrevistas realizadas na pesquisa, foi identificado que, na visão dos sujeitos envolvidos, os usuários buscam o atendimento na UPA 24h Três Rios por diversos motivos, entre eles a falta de acesso à APS de qualidade e a falta de confiança nos serviços oferecidos pela rede básica de saúde. Os entrevistados apontaram que, apesar da cobertura de 100% da população pela Estratégia de Saúde da Família, a qualidade do atendimento oferecido na USF não é suficiente para atender às demandas da população.

Seria mais adequado elaborar e implementar um plano visando à reestruturação da RAS no referido município, por meio de ações que priorizem a atenção primária como peça fundamental na organização dos serviços de saúde.

É importante que a gestão municipal e os profissionais de saúde da APS atuem em conjunto para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento na rede básica, visando reduzir a demanda espontânea na UPA 24h Três Rios e melhorar a efetividade do sistema de saúde como um todo.

Diante desse cenário, a pesquisa foi importante para entender os desafios enfrentados na construção de uma RUE integrada e eficiente. Identificou que a integração sistêmica da RUE e a APS ainda se encontra em estágio muito incipiente, o que é reconhecido pelos próprios atores envolvidos na gestão da rede.

Dessa forma, a experiência em minha pesquisa utilizando-se da Matriz SWOT, foi de suma importância para o entendimento de todo trabalho relacionado à UPA 24h Três Rios e APS. A identificação das fraquezas/forças e oportunidades/ameaças, constitui-se numa ferramenta poderosa para o Gestor, com base em informações fidedignas, traçar estratégias de enfrentamento dos problemas, aliadas ao planejamento de ações futuras, propiciará uma intervenção mais qualificada na implementação das RAS.

A matriz SWOT, apresentada no Capítulo III, pode ser utilizada para nortear um planejamento estratégico amplo e direcionar para mudanças na política de atenção à saúde da UPA 24h Três Rios e da APS. Frente as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças descritas é possível ter um panorama para construção das metas, para um plano de ação factível e exequível a nível regional, posto que esta mesma UPA atende uma demanda loco regional.

A adesão, implantação ou mesmo o desenvolvimento de um sistema de informações, que possibilite o registro de dados relacionados à assistência à saúde, seguindo as diretrizes das portarias ministeriais e garantindo a interoperabilidade com os sistemas de informações governamentais (municipal, estadual, federal), seria de suma importância para o município. Isso permitiria a geração de indicadores que auxiliem na gestão dos serviços de saúde.

A tentativa de integrar esses profissionais da saúde ainda é um grande desafio. A aproximação entre o mundo acadêmico e a gestão do SUS poderá resultar em produtos interessantes, tornando-se motivação para pesquisas futuras. Isso possibilitará uma rede de conhecimento dos atores comprometidos com o bom desempenho do SUS.

Afinal, sugere-se no futuro a ampliação de estudos similares, que incorporem novas análises, incluindo entrevistas com mais atores e gestores, grupos focais, triangulação de dados dentre outras metodologias e principalmente avaliar se a USF tem capacidade instalada para atendimento as urgências de baixo e também aquelas de alto risco. Essa abordagem e análises podem ajudar a identificar elementos de continuidade e mudança nas políticas de saúde relacionadas às UE, além de permitir uma compreensão mais profunda dos interesses, disputas e arranjos envolvidos na construção do papel da APS no atendimento às urgências. Assim, os novos estudos podem fornecer uma perspectiva mais ampla das mudanças nas políticas de saúde loco regional e como elas afetaram a organização da rede de urgência e emergência.

Com a regulamentação e a obrigatoriedade do ente municipal de investir, no mínimo, 15% das receitas correntes líquidas com serviços e ações em saúde, o cenário em Três Rios espelha a realidade de muitos municípios brasileiros, pois há uma forte dependência das transferências intergovernamentais para manter o sistema de saúde funcionando.

É importante destacar uma preocupação para o município de Três Rios, no que diz respeito não só à manutenção dos incentivos financeiros, como ao preenchimento correto do sistema de informação do SUS, relacionado à RUE. A média de atendimentos médicos por mês da UPA 24h Três Rios está aquém do porte para o qual ela está financiada, e sua produção continua fora dos padrões estabelecidos pela Portaria n.º 10 de 03 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a) (revogada pelas Portarias de Consolidação n.º 3 (BRASIL, 2017e) e n.º 6 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017f). A produção atual é apresentada no formato do Boletim de Produção

Ambulatorial Consolidado (BPA-C), e não no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), como é preconizado.

Com certeza, este estudo é uma valiosa contribuição para a organização da gestão municipal, no sentido de possibilitar, através das informações coletadas, a implementação de medidas para melhorar o sistema de saúde locorregional, ao fornecer informações detalhadas sobre o acesso de usuários de baixo risco à UPA 24h Três Rios, bem como para a reorganização da APS. De qualquer forma, ao analisar as políticas de urgência e atenção básica no município, sugere-se uma mudança em seu modelo assistencial.

## REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. S., VILASBÔAS, A.L.Q, MEDINA, M. G., ALMEIDA, PATTY. Coordenação do cuidado na atenção primária: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Cien Saude Colet**. 2017. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/coordenacao-do-cuidado-na-atencao-primaria-estudo-avaliativo-em-municipio-sede-de-macrorregiao-do-nordeste-brasileiro/16131?id=16131&id=16131> Acesso em: 02 de ago. 2023.

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. Tese (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 02 de abril de 2023.

ALBUQUERQUE, M. V. D.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de Região e Redes na Política de Saúde Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 28-38, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de ago. 2023.

AMARAL, I. T; ABRAHAO, A.L; PINA, F.R. A demanda espontânea na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Rev. Enfermagem UFPE**. Recife, v.9, n.º 2, p.9086-94, Ago,2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10701/11772>. Acesso em 15 de jul. 2023.

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. **Referência e contrarreferência:** compreensões e Práticas. Florianópolis. 2019. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281/5636>. Acesso em 12 jun. 2023.

ARANTES, L. L. **Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde:** dimensionamento nos planos de assistência à saúde. Monografia (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4723/luzia\\_arantes\\_ensp\\_mest\\_2004.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4723/luzia_arantes_ensp_mest_2004.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em: 25 de mar. 2023.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A. M. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS):** uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n.º 35, p. 797-810, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/s8cNLSz8pCr4mtMhGJrKhGJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 de Mar. 2022.

BANDEIRA, R.C; MÉDICI, L.M. **A Unidade de Pronto Atendimento (Upa) como Estratégia de Regulação do Acesso às Urgências e Emergências.** 2011. [acessado 2022 Jul 10]. Disponível em: <https://portal-br.tcerj.tc.br/web/ecg/melhores-praticas-2011>. Acesso em 10 de dez 2022.

BARROS, D. M. **Demanda de pronto atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela estratégia de saúde da família: o caso de Quissamã.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4890/delba\\_machado\\_barros\\_ensp\\_mest\\_2007.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4890/delba_machado_barros_ensp_mest_2007.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em 15 de nov 2022.

BERNARDES EH, PEREIRA MJB, SOUZA NR. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. **Ciênc. et Praxis**; v.1, n.º1, p:47-52, 2018

BIEHL J., AMON, J. J., SOCAL, M. P., PETRYNA A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health Hum Rights**, v. 14, n.º 1, p. 36-52. 2012. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/between-the-court-and-the-clinic-lawsuits-for-medicines-and-the-right-to-health-in-brazil/>. Acesso em: 4 de mai. 2023.

BOUSQUAT, A. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?format=pdf&lang=pt>, Acesso em 07 de jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.º 8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rx8BSNyQ5FQWvtbdKgthkx/?lang=pt#>. Acesso em 05 Jan 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.101, de 12 de junho de 2002.** Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em 15 de nov. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2006. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em 05 de nov. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.922, de 2 de dezembro de 2008**. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.026, de 24 de agosto de 2011**. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011e.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2.809, de 07 de março de 2012**. 2017. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809\\_07\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html)  
Acesso em 15 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria n.º 1.010 de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da

Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 de setembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.631 de 1 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. Brasília, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 10 de 03 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º.1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União Brasília: DF, 2017c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º. 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União Brasília: DF, 2017d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2017e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2017f.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.329, 02 de agosto de 2018**. Suspende o incentivo de custeio e qualificação as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) de Municípios. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.520, 21 de dezembro de 2022**. Renova a qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e mantém os recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2022.

BREHMER, L. C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPx8HJjbqjMx9JgCtVFvMcC/#>. Acesso em 15 jun. 2023.

CALIFORNIA HEALTH FOUNDATION. **Overuse of Emergency Departments among insured californians**. October 2006. Disponível em <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-EDOveruse.pdf> . Acesso em 10 jul. 2023.

CAMPOS G.W.S.; GUTIÉRREZ A.C.; GUERRERO AVP, CUNHA G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP. **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rotshschild; 2008. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795/320>. Acessado em 15 mai 2023.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v.6, n.º 1., 2014. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/289>. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>. Acesso em 15 mai. 2023.

CASTRO, S.S.; CIPRIANO JUNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioter Mov**; v19, nº4, p:55-62.2018.

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

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/132950/333231.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 15 mai. 2022.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4ZzpVsbCDxz6bgh4hv8dCZb/?lang=pt> Acessado em 13 de abril de 2022.

CIRINO, F. M. S. B.; SCHNEIDER FILHO, D. A.; NICHATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L.A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; V.15, nº.42, p:1-11, 2020.

CYRINO, C. M. S. **Integração das Redes de Atenção à Saúde a Partir de um Serviço de Urgência e Emergência**. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 22 de abril de 2023.

CHAVES, L. D.; ANSELMINI, M.L. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Unico de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP [Production of hospital admissions through the Unified Health System in the municipality of Ribeirão Preto, SP. **Rev Gaucha Enferm**, v.27, n.º4, p:583-92, 2006. Português. PMID: 17476965. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/251899>. Acesso em 15 nov. 2022.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações**. 1. ed. 13º tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHORNY, A.H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. Planejamento e programação em saúde. Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário (Circulação Interna) - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. **Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fiocruz**, 2008. Disponível em:

[http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\\_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\\_12465.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf). Acesso em: 28 set. 22.

CHRISTENSEN, C. R.; ANDREWS, K. R.; BOWER, J. L.; HAMERMESH, G.; PORTER, M. E. **Business Policy: Text and Cases**. 5th edition. Homewood, IL: Irwin, 2009.

CNM.CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Judicialização da Saúde: Estratégias efetivas à diminuição por meio de ações locais**. 112 páginas. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

<file:///F:/1%20%AQUALIFICA%C3%87%C3%83O/ESTRATEGIAS/Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20Estrat%C3%A9gias%20efetivas%20%C3%A0%20diminui%C3%A7%C3%A3o%20por%20meio%20de%20a%C3%A7%C3%B5es%20locais%20%E2%80%93%20CNM%20-2016.pdf>. Acesso em: 2 set. 2023.

CORDEIRO JUNIOR, W. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos.** 2014. Disponível em: < <http://gbc.org.br/downloads>>. Acesso em: 22 dez.2022.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A.A. **A rede de atenção às urgências e emergências em Minas Gerais** [periódico na Internet]. In: Governo do Estado de Minas Gerais. Coordenação de urgência e emergência: SAMU Minas Gerais, 2008; p. 45-49. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2\\_repositorio/File/fauf/concursos\\_2010/SAMU\\_centrosul/apostila\\_do\\_samu\\_mg\\_-\\_verso\\_19-11-08\\_2.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2_repositorio/File/fauf/concursos_2010/SAMU_centrosul/apostila_do_samu_mg_-_verso_19-11-08_2.pdf). Acessado em 30 jun 2023.

CORREIA, A. D. M. S. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família:** Módulo 4 - Princípios Gerais da Estratégia em Saúde da Família. Seção 2 – Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. v. 2, unidade 1, módulo 4, p. 175-180. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/15666/Aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20sa%c3%bade%20e%20aten%c3%a7%c3%a3o%20ob%c3%a1sica%20%c3%a9%20a%20mesma%20coisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 29 dez 2022

COELHO M. F., CHAVES L. D. P., ANSEMI M. L., HAYASHIDA M, SANTOS C.B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** jul-ago 2010.

COELHO NETO G. C. ANTUNES V. H.; OLIVEIRA A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cad. Saúde Pública;** v. 35, n.º.1, 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (BR). A Ética nas ciências humanas. **Cad Ética Pesqui;** v1, nº1., p:34-46, 2000

CONSTANTINO, L. R. **ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE BAIXO RISCO:** análise da organização do processo de trabalho da ESF e da UPA no território de Manguinhos Rio de Janeiro. 2019. Dissertação (Mestrado na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DALLAIRE et al. Secondary care clinic for chronic disease: protocol. **JMIR Res Protoc.** Feb v.16, n.º4, p:1 e 12, 2015.

DECS. Descritores em Ciência da Saúde. Judicialização da saúde. São Paulo: **Biblioteca Virtual em Saúde,** 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acessado em: 20 fev. 2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma-Ata,** URSS, 6-12 de setembro de 1978.

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

2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21700/16967>. Acesso em 15 Jun. 2023.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, v. 15, nº. 2, jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14955/7933>. Acesso em 15 jun 2023.

FAUSTO, M.C.R. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.º1, p. 12-14, Sept. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em 12 fev 2023.

FAZA, E.A.D. **Avaliação de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária numa região de saúde**. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021.

FEITOSA, M. M. Acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n.º1, p. 136–144, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17173/pdf>. Acesso em 15 abr 2023.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 21 abr. 2023.

FREITAS, B. C., FONSECA, E. P., QUELUZ, D. P. **A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde**: uma revisão sistemática. Interface: Botucatu, SP, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wMrQzjzYts8wnBfmdPNhwNK/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

FURTADO, B.M.; ALENCAR, S.M., ARAUJO, J. L. C. J. R.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol**; v.7, n.º3, p:279-89, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vBVpCBYZ3XVWtnZcp8xvJ7s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 mai. 2023.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)**, v. 22, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/?lang=pt>. Acesso em 27 jul. 2023.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/7KHp8ppvBMwXkgYMsLGWpKm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 Jan. 2023.

GODOI, V.C.G. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfer**; v.21, n.º 3, p.:1-8, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2182/44664-186754-1-pb.pdf>. Acesso em 15 Jan. 2023.

GOMES, G. G. **Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde**. Dissertação: Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Minas Gerais, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA9ATF7P/1/disserta\\_\\_o\\_de\\_mestrado\\_\\_gelmar\\_geraldo\\_gomes.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA9ATF7P/1/disserta__o_de_mestrado__gelmar_geraldo_gomes.pdf). Acesso em 23 mai. 2022.

HOLLOWAY, K. G. T. **Drug and therapeutics committees: A practical guide**. World Health Organization, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68553>>. Acesso em: 4 mai. 2023.

HUSTON, C.J. **Techonology in the health care workplace: benefits, limitations, and challenges**. Professional issues in nursing: challenges and opportunities. 3. Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins, 2014.

**IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Atenção primária à saúde 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/35549-ibge-divulgara-em-21-de-dezembro-a-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-atencao-primaria-a-saude-2022.html> Acesso em 30 abril 2023.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T.P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**; 21, n.º5, p:1471-80.2018.

KONDER, M.T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n.º 2, p. 525-545, June 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pSkDjKZ3BccqY44qffyYWkC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 abril 2023.

\_\_\_\_\_. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface comun. Saúde educ**, v. 20, n.º 59, p. 879–892, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sDQmZdY7fbQTYSgvRMc3D5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 Jun 2023.

LACALLE, E., RABIN E., Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. **Ann Emerg Med**; 56, n.º.1, p:42-48, 2010.

MACHADO, G.V.C., OLIVEIRA, F. L. P., BARBOSA, H. A. L., GIATTI, L.; BONOLO, P.F. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad Saúde Coletiva**; 23, n.º4, p:416-424, 2015.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. Urgência em atenção básica em saúde. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em 21 mai. 2023.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.º 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 1.ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MURTEIRA, B.J. F. **Análise Exploratória de Dados**. Estatística Descritiva. Ed. McGraw-Hill. Portugal, 2013.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.30, n.º4, p.210-085, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>. Acesso em 28 mai. 2022.

MORAIS, M. **A Análise S.W.O.T Aplicada Às Vendas Hoje!**. 2016. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/26714255.pdf>. Acesso em 15 mai. 2023.

NÓBREGA, D. O.; ANDRADE, E. R. G.; MELO, E. S. N. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicol Soc**, v. 28, n.º 3, p. 433-441, 2016.

O'DWYER, G. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.º 7, p.43-716, 2017.

O'DWYER G, KONDER M.T, RECIPUTTI L.P, LOPES M.G.M, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev Saúde Pública**; v.5, n.º1, p:125, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/nrR5TQcbpxkBZtdKvZPvcvr/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 15 jan. 2022.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T. **Acesso às urgências e atenção hospitalar: uma questão de direitos humanos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

OLIVEIRA, L. H. **Cidadão Peregrinos: Os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial - Uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora**. Rio de Janeiro:UERJ. Tese de Doutorado-Instituto de Medicina Social da UERJ, 2004.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. 1ed. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2016.

OLIVEIRA, S.N., RAMOS B.J., PIAZZA M, PRADO, M.L., Leibniz, K.S. SOUZA A.C. Emergem CARE Unit (UPA) 24h: Ihe nurses' perceptivo. **Texto Contexto - Enferma**; v.24, n.º1, p:238-244, 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf). Acesso em: 02 ago. 2023.

OPAS- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2022.

PEREIRA, M. **Fluxograma de referência e contrarreferência entre atenção primária à saúde e unidades de pronto atendimento**. 2018. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/194374>. Acesso em: 19 mai. 2023.

PIRES, M.R.G.M. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.º1, p.211-222, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/19.pdf>. Acesso 14 jun. 2023.

PRUDÊNCIO, C. P. G., MONTEIRO, R. A. DO N.; RIBEIRO, B. C. M.; GOMES, M. S. M.; MANHÃES, L. S. P. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana De Enfermagem**; v.30, n.º 2, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco**. 1º Edição-Rio de Janeiro, 2022a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkwODc%2C>. Acesso em 02 fev 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Diagnóstico de saúde da região centro sul**. Secretaria Estadual de Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzE%2C>. Acesso em 22 nov. 2022.

ROS C. D. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME – Rev Min Enferm.** 2018. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180066. Acesso em 20 mai 2021.

ROSA, W. A. G. LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem.** maio/junho; v.56, n.º 3, p:230-5, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 24 de abril de 2022.

SANTOS, A. M. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.º 10, p. 2687, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcjP3Dq67vdLPLtP5djvfcP/#>. Acesso em 14 mai. 2022.

SANTOS, R. O. M. **O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado:** saúde da família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13982/ve\\_Renata\\_Oliveira\\_ENSP\\_2015?sequence=1&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13982/ve_Renata_Oliveira_ENSP_2015?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 15 jun. 2023.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** v.22, n.º.4, p. 1281-89, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016> Acesso em 28 de abril de 2023.

SILVA, L. S.; PEREIRA, S. R. M.; ESQUITA A. M. F. de. **Procedimentos de enfermagem:** semiotécnica para o cuidado. São Paulo: Medsi, 2013.

SISSON, M. C. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.º 4, p. 991–1005, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8q6XXFQ5rCr87gFwg56y5YR/?lang=pt#>. Aceso em 15 nov. 2022.

SOARES, S.S., LIMA L.D., CASTRO, A. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care**; v.5, n.º 2, p:170-7, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/213>. Acesso em 15 mai. 2023.

SOARES, S.S. **Desigualdade e Dupla porta de entrada no território:** desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27942/ve\\_Stefania\\_Santos\\_ENSP\\_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27942/ve_Stefania_Santos_ENSP_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em 15 nov 2022.

SOUZA, E. C. F. Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.º 1, p.100-110, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?lang=pt>. Acesso em 02 fev. 2021.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios**: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde. Dissertação (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

\_\_\_\_\_. Análise da Gestão e Organização da atenção básica em saúde do município de Três Rios/RJ. Síntese: **Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro**, v. 6, p. 4, 2011.

SOUZA, R. O. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. Desafios da Gestão Municipal da Atenção Básica em Saúde no Brasil: um estudo de caso. **Revista de APS**, v. 18, p. 166-179, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15584/8173>. Acesso em 15 Jun 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 13 dez 2022.

TAVARES, M C. **Planejamento Estratégico**: A Opção entre Sucesso e Fracasso Empresarial. São Paulo: Editora Harbra Ltda.2010.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-Centred care made simple**. UnitedKingdom, 2014. Disponível em <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>. Acesso em 15 jun. 2023.

TRÊS RIOS, Prefeitura Municipal de Três Rios, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Três Rios; 2022.

VIACAVAL, F. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.º 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt>. Acesso em 03 nov. 2021.

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

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Hw3k8hnjJQQZRjgMmb3k9yw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 dez. 2021

ZANON, L. R; ZANIN, L.; FLORIO, F.M. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. RGO: **Revista Gaúcha de**

**Odontologia**, v. 64, n.º 4, p. 411–419, 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgo/a/vXVttvhsYHcDbbBqSFJVCfR/?format=pdf&lang=en>.  
Acesso em 05 jan. 2022.

## ANEXOS

**ANEXO A-** Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para os Coordenadores e a secretária de saúde de Três Rios

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar do trabalho de pesquisa intitulada “A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)”, que inclui Clínicas de Saúde da Família e UPA. Seu objetivo principal é descrever os atendimentos, conhecimento e infraestrutura para o atendimento de urgências de baixo risco na Região Centro Sul Fluminense. Este trabalho é coordenado pelo mestrando em Saúde Coletiva da UFJF Romero Chartuni Bandeira.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista. O tempo de duração deste encontro será de 1h a 1:30 h. Nosso encontro será realizado na sede da Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Três Rios, em sala reservada, e só participarão o entrevistador e você. Para melhor análise da sua fala, vamos realizar a gravação da entrevista.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para resguardar o sigilo e confidencialidade, e tudo será feito para não identificar os indivíduos entrevistados, ou seu cargo. Entretanto, o sigilo pode ser comprometido dado às características da sua atividade.

Justificasse esse convite pelo fato de que você tem conhecimento do sistema de saúde local principalmente na área da Atenção Básica e a Atenção às Urgências e Emergências. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

A sua participação nesse estudo não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas a nossa intenção é utilizar as informações colhidas para organizar melhor estratégia para a organização do sistema de saúde loco-regional. Os riscos da sua participação são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir incomodado/a com algumas questões que serão discutidas. Neste caso, o entrevistador estará capacitado para resolver qualquer conflito durante o encontro.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma de artigos científicos, em congressos e em oficinas de apresentação de resultados de pesquisa. Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer

participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra referências e impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome do Pesquisador Responsável: Romero Chartuni Bandeira**

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva**

**CEP: 36036-900**

**Fone: (32)2102-3829**

**(24) 988090253**

**E-mail: [rbandeira@yahoo.com](mailto:rbandeira@yahoo.com)**

**[ronaldo.bastos@ufjf.edu.br](mailto:ronaldo.bastos@ufjf.edu.br)**

## **ANEXO B- Termo de Consentimento livre e esclarecido utilizado para os usuários da UPA 24h Três Rios**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS DA UPA**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário a da pesquisa “A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)”, que pretende entender a procura pela UPA 24h Três Rios por usuários que apresentam situações que poderiam ser resolvidas nos postos de saúde do seu bairro. O motivo de convidar usuários é porque eles podem contribuir para entender a procura da UPA em casos classificados como de baixo risco.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, este pesquisador realizará uma entrevista com você, cujas respostas serão anotadas em um formulário.

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Para esta pesquisa existem alguns riscos como problemas de identificação de pessoas, constrangimentos, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela recorrente.

Para minimizar ou mesmo evitar a chance dos riscos ocorrerem este pesquisador irá tomar as seguintes medidas/providências: obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; irei assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; irei esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; garantir explicações necessárias para responder as questões; garantir a retirada do seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do autopreenchimento das respostas e não enviar o formulário, caso desista de participar da pesquisa; garantir ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores.

As perguntas serão feitas pelo próprio pesquisador e posteriormente serão transcritas. Para evitar qualquer tipo de problema você poderá a qualquer momento interromper a sua participação e se abdicar de suas respostas, garantindo assim sua liberdade de expressão.

A sua participação nesse estudo não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas a nossa intenção é utilizar as informações colhidas para organizar melhor estratégia para a organização do sistema de saúde loco-regional. Os riscos da sua participação são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir incomodado/a com algumas questões que serão discutidas.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua

participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Três Rios/RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome do Pesquisador Responsável: Romero Chartuni Bandeira**

**Campus Universitário da UFJF**

**Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva**

**CEP: 36036-900**

**Fone: (32)2102-3829**

**(24) 988090253**

**E-mail: [rbandeira@yahoo.com](mailto:rbandeira@yahoo.com) [ronaldo.bastos@ufjf.edu.br](mailto:ronaldo.bastos@ufjf.edu.br)**

**ANEXO C - Declaração da Secretária de Saúde do município de Três Rios****DECLARAÇÃO**

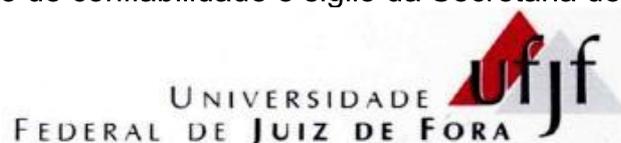
Eu **Izabel Aparecida Mendonça Ferreira**, na qualidade de Secretária de Saúde do município de Três Rios, autorizo a realização de uma pesquisa intitulada "A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)", a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **ROMERO CHARTUNI BANDEIRA**; e DECLARO que esta Secretaria de Saúde apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Três Rios, 22 de novembro de 2022

  
**Izabel Aparecida Mendonça Ferreira**  
**Secretaria de Saúde e Defesa Civil**

Rua da Maçonaria, nº 320 - Centro - Três Rios/RJ – CEP 25.805-025  
Telefone: +55 24 2251-1649  
saúde@tresrios.rj.gov.br

## ANEXO D - Termo de confiabilidade e sigilo da Secretária de Saúde de Três Rios



### Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu **Romero Chartuni Bandeira**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "A importância da Atenção Primária à Saúde na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento", declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

#### Declaro:

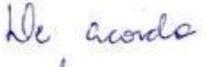
- a) Que o acesso a pesquisa quantitativa com dados secundários do número absoluto de atendimentos de pacientes, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco bem como a aplicação de um questionário estruturado aos pacientes na UPA 24h Três Rios, ou em bases de dados para fins desta pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Nome do Pesquisador Responsável: Romero Chartuni Bandeira  
 Campus Universitário da UFJF  
 Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32)2102-3829 (24) 988090253  
 E-mail: rbandeira@yahoo.com [ronaldo.bastos@ufjf.edu.br](mailto:ronaldo.bastos@ufjf.edu.br)

Três Rios, 30 de novembro de 2022

Romero Chartuni Bandeira  
 Cirurgia Oral e Maxilo Facial  
 Mat 111.1310 CRO - RJ 15 777

  
 Romero Chartuni Bandeira  
 Pesquisador

  
 Izabel Mendonça  
 Secretária de Saúde  
 e Defesa Civil

CEP/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
 Campus Universitário da UFJF  
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

**ANEXO E-** Declaração Coordenadora da UPA autorizando realização da pesquisa**DECLARAÇÃO**

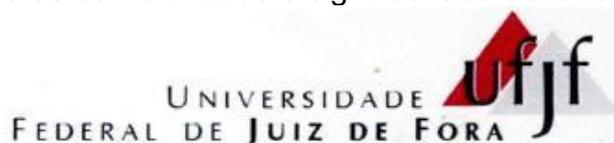
Eu **Suellen Oliveira de Souza Marques**, na qualidade de responsável pela **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE TRÊS RIOS**, autorizo a realização de a pesquisa intitulada "A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)", a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **ROMERO CHARTUNI BANDEIRA**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Três Rios, 22 de novembro de 2022

Suellen Oliveira de Souza Marques

Suellen D. S. Marques  
Coord. Rede Urgência e Emergência  
Mat:1112648

## ANEXO F – Termo de confiabilidade e sigilo da Coordenadora da UPA

**Termo de Confidencialidade e Sigilo**

Eu **Romero Chartuni Bandeira**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "A importância da Atenção Primária à Saúde na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento", declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

**Declaro:**

- a) Que o acesso a pesquisa quantitativa com dados secundários do número absoluto de atendimentos de pacientes, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco bem como a aplicação de um questionário estruturado aos pacientes na UPA 24h Três Rios, ou em bases de dados para fins desta pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Nome do Pesquisador Responsável: Romero Chartuni Bandeira  
 Campus Universitário da UFJF  
 Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32)2102-3829 (24) 988090253  
 E-mail: rbandeira@yahoo.com [ronaldo.pastos@ufjf.edu.br](mailto:ronaldo.pastos@ufjf.edu.br)

Três Rios, 30 de novembro de 2022

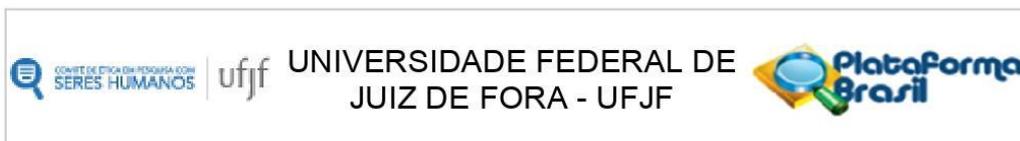
*Romero*  
 Romero Chartuni Bandeira  
 Cirurgia Oral e Maxilo Facial  
 CRO-RJ 15.777

**Romero Chartuni Bandeira**  
 Pesquisador

*De acordo,*  
*Quelven D. S. Marques*  
 Coord. Ass. Urgência e Emergência  
 Mat: 1112648

CEP/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
 Campus Universitário da UFJF  
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

## ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Importância da Atenção Primária à Saúde na atenção às urgências e emergências e a integração com a Unidade de Pronto Atendimento

**Pesquisador:** ROMERO CHARTUNI BANDEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 65691122.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.910.002

#### Apresentação do Projeto:

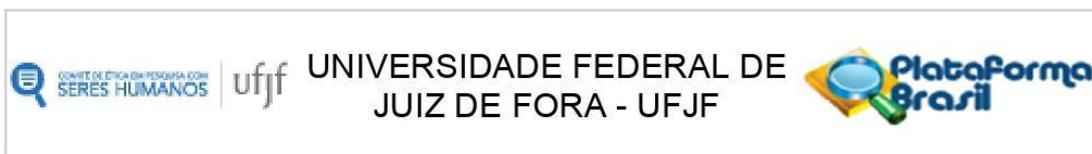
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com coleta de dados qualitativos primários e quantitativos secundários, tendo como referência as políticas públicas vigentes. O cenário desta pesquisa é a Região Centro Sul Fluminense (RCSF), mais especificamente o município de Três Rios-RJ. Esta pesquisa terá 03 etapas e contará com 277 participantes: A primeira etapa consiste na realização de entrevistas com um roteiro semiestruturado direcionado ao Secretário de Saúde do Município de Três Rios(1) bem como seus Coordenadores da Atenção Primária à Saúde(1), de Urgência e Emergência(1) e Coordenadores médicos(1), Geral(1) e de enfermagem(1) da UPA 24h Três Rios. A segunda etapa consiste na aplicação de uma entrevista estruturada aos pacientes na UPA 24h Três Rios(271). A terceira etapa consiste em uma pesquisa quantitativa com dados secundários de atendimentos de pacientes na UPA 24 h Três Rios, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco. Serão utilizados dados secundários do Sistema de Informações da UPA 24h Três Rios (programa Klinikos)."

#### Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde e da UPA 24h Três Rios, no atendimento de urgências de baixo risco."

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.910.002

**"Objetivo Secundário:**

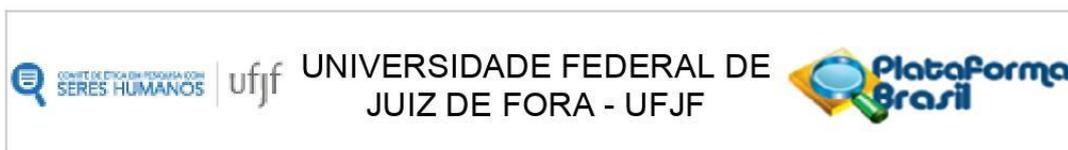
- 1- Descrever e caracterizar os atendimentos de demanda espontânea na UPA de Três Rios em 2022;
- 2- Identificar quais os principais fatores que levam o paciente a procurar a UPA, para o atendimento de urgência de baixo risco."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Com relação aos Riscos existentes nas etapas, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Para esta pesquisa existem alguns riscos como problemas de identificação de pessoas, constrangimentos, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela recorrente. Portanto, trata-se de uma pesquisa de risco mínimo.

Para minimizar ou mesmo evitar a chance dos riscos ocorrerem este pesquisador irá tomar as seguintes medidas/providências: obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; irei assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; irei esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; garantir explicações necessárias para responder as questões; garantir a retirada do seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do autopreenchimento das respostas e não enviar o formulário, caso desista de participar da pesquisa; garantir ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Na primeira etapa onde serão feitas às entrevistas, elas serão gravadas, transcritas, armazenados e analisados em dispositivos seguros, com a menor frequência de tempo praticável, para garantir a proteção. Benefícios: Toda pesquisa deve trazer um benefício para os seus participantes, direto ou indireto. Espera-se que com a realização deste estudo, o Gestor tenha ferramentas para estruturar toda a rede assistencial, desde a APS, a rede pré-hospitalar, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel até a rede hospitalar, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes para o atendimento às Urgências e Emergências e, possibilitam ampliação da informação e da comunicação principalmente para os usuários do SUS. Além disso, dará ao Gestor outras ferramentas para otimizar e prover atendimento e/ou referenciamento adequado, regulado e integrado à rede local regional de Urgência, e contra referenciar aos demais serviços de atenção integrantes da rede, para

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.910.002

proporcionar continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo. Esta pesquisa poderá contribuir para motivar os profissionais que militam na área de Urgência e Emergência e na APS, bem como os Gestores a buscarem uma contínua melhora na qualidade da assistência prestada aos usuários. Consequentemente, espera-se que com a melhoria na qualidade dos atendimentos todos os usuários do SUS na região de abrangência do estudo, advinda de desejáveis decisões informadas por parte do Gestor, venham a ser beneficiados a médio e longo prazos."

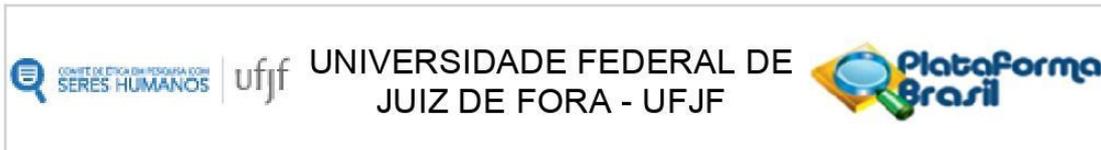
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@uffj.br



Continuação do Parecer: 5.910.002

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

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS,. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2023.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2034864.pdf	24/02/2023 13:26:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_MestradoUFJF_Romero_Chartuni_apos_CEP3.docx	23/02/2023 22:51:17	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_Romero_Chartuni_apos_CEP3.docx	23/02/2023 22:50:51	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Romero_Chartuni2.pdf	08/02/2023 16:20:47	ROMERO CHARTUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_1_TCLE_Gestor_Romero_Chartuni2.docx	08/02/2023 10:38:20	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Outros	Continuacao_Metodologia_Proposta_terceira_etapa.docx	11/01/2023 22:25:07	ROMERO CHARTUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_7_TCLE_UsuariosUPA_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 22:24:16	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Outros	Apendice_13_questionario_UsuariosUPA_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 22:23:05	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_15_memorando_CoordUPA_Romero_Chartuni.pdf	11/01/2023 22:21:28	ROMERO CHARTUNI	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

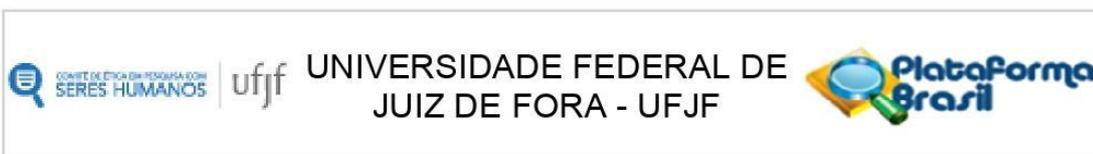
**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.910.002

Outros	Apendice_3_Roteiro_entrevistas_CoordenadorUE_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 16:58:54	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_14_Termo_Adesao_secretaria_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 16:51:14	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_12_Memorando_Coordenador_UPA24h.pdf	11/01/2023 16:50:28	ROMERO CHARTUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_4_TCLE_CoordenadormedicoUPA_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 16:48:48	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Outros	Anexo_11_Declaracao_CoordenadoraUPA_Romero_Chartuni.pdf	11/01/2023 15:41:37	ROMERO CHARTUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_6_TCLE_Coordenador_UPA_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 15:30:27	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientador_Ronaldo_Rocha_Bastos.docx	11/01/2023 07:51:02	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_5_CoordenadorEnfermagem_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 07:45:50	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_11_Memorando_CoordenadorEnfermagem_UPA.pdf	11/01/2023 07:03:44	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_10_Memorando_CoordenadorMedico_UPA.pdf	11/01/2023 07:03:22	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_9_Memorando_CoordenadorUE.pdf	11/01/2023 07:03:00	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_8_Coordenador_APS.pdf	11/01/2023 07:02:36	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_7_Memorando_Gestor.pdf	11/01/2023 07:01:59	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_6_Coordenador_UPA_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 07:01:31	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_2_Roteiro_entrevistas_CoordenadorAPS_Romero_Chartuni.docx	11/01/2023 07:00:59	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Anexo_8_Termo_Confiabilidade_UPA_Romero_Chartuni.pdf	11/01/2023 06:57:46	ROMERO CHARTUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_5_TCLE_CoordenadorenfermagemUPA_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 06:55:14	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_3_TCLE_CoordenadorUE_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 06:54:48	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Anexo_2_TCLE_CoordenadorAPS_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 06:54:35	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

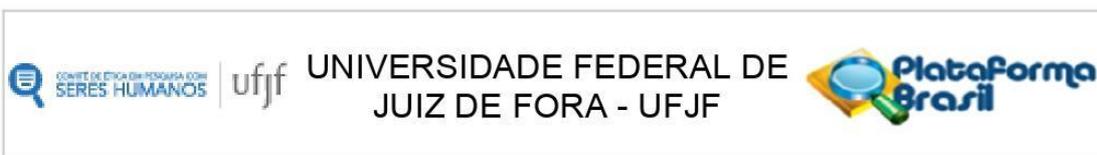
**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.910.002

Ausência	Anexo_2_TCLE_CoordenadorAPS_Romero_Chartuni2.docx	11/01/2023 06:54:35	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisador_Romero_Chartuni.docx	02/12/2022 06:13:47	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Anexo_10_Termo_Confiabilidade_secretariamunicipio_Romero_Chartuni.pdf	29/11/2022 05:45:24	ROMERO CHARTUNI BANDEIRA	Aceito
Outros	Anexo_9_Declaracao_Secretario_Saude_Romero_Chartuni.pdf	29/11/2022 05:43:33	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_4_CoordenadorMedico_Romero_Chartuni.docx	27/11/2022 12:39:31	ROMERO CHARTUNI	Aceito
Outros	Apendice_1_Roteiro_entrevistas_Gestor_Romero_Chartuni.docx	27/11/2022 12:37:32	ROMERO CHARTUNI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 24 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

**ANEXO H - Termo de Adesão ao Projeto da Secretária de Saúde de Três Rios****TERMO DE ADESÃO AO PROJETO DE PESQUISA**

A Secretária de Saúde do município de Três Rios-RJ, declara apoio à realização da pesquisa intitulada: **A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS), NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E A INTEGRAÇÃO COM O UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**, sob responsabilidade do servidor público do Município **ROMERO CHARTUNI BANDEIRA**, atualmente cursando o Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF (Turma 2021)

Ciente dos objetivos, dos procedimentos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição, concedemos a anuência para seu desenvolvimento. Autorizamos a pesquisa de campo na UPA e Unidades de Saúde de Família e outras, bem como a utilização criteriosa e restrita aos objetivos da pesquisa de todos os dados contidos nos prontuários e relatórios de gestão.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n 580/2018 e o projeto somente poderá iniciar nesta secretaria, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética e Pesquisa Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF).

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final de pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe(s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Três Rios, 30 de maio de 2022.

  
*Izabel Mendonça*  
Secretária de Saúde  
e Defesa Civil

**Izabel Aparecida Mendonça Ferreira**  
Secretária Municipal de Saúde

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturadas aos coordenadores e Gestor da Saúde



#### APÊNDICE

Roteiro das Entrevistas semi-estruturadas:

Data da entrevista:

Cargo/função ocupada na unidade:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajetória profissional:

Formação profissional:

#### “CONFIGURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA”

1. Qual a sua visão sobre a organização da Atenção Básica no município?
2. Qual o papel da UPA no sistema de saúde de Três Rios e da Região?
3. Como a APS atende as urgências de baixo risco?
4. Como essa organização influencia a atuação da UPA?
5. A UPA deve atender urgências de baixo risco, classificadas como azul/verde? E quais seriam as vantagens e desvantagens do paciente ser atendido na UPA e ESF?

#### “ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE”

6. Quais os mecanismos de integração da Estratégia de Saúde da Família com a UPA?
7. Como os pacientes são encaminhados das Unidades de Saúde da Família para a UPA?
8. Qual a relação dos profissionais da UPA com as equipes de Saúde da Família do município?
9. Como são organizados os mecanismos de referência e contra-referência?
10. Como é feito o seguimento dos pacientes atendidos na UPA?
11. Como é realizado o atendimento da população fora da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família?
12. Existe alguma estratégia que os profissionais da UPA utiliza para melhor atender a urgência de baixo risco?

Como o paciente é encaminhado para os serviços de referência?

#### “AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS”

13. Quais os avanços e dificuldades alcançados na relação da UPA com a Estratégia de Saúde da Família?
14. Quais os principais avanços e dificuldades enfrentadas no funcionamento da UPA?
15. Em sua opinião, quais são os principais desafios para que ocorra a efetiva integração da Estratégia de Saúde da Família com a UPA e os demais serviços do município?
16. Você gostaria de perguntar ou mesmo comentar algo que não foi perguntado?

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas estruturadas aos usuários da UPA 24h Três Rios



### APÊNDICE

Roteiro das Entrevistas semi-estruturadas para usuários da Unidade de Pronto Atendimento

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Cidade de sua residência?

Se você mora em Três Rios qual o bairro da sua residência:

Estado:

1-Você frequenta a Unidade de Saúde da Família (USF) do seu bairro?

( ) SIM ( ) NÃO

2- Por que motivo procurou a UPA hoje?

3- Você está em tratamento para o motivo que o trouxe a UPA hoje?

4 – Você procurou a USF do seu bairro antes de vir a UPA?

( ) SIM ( ) NÃO

5 – Se “sim” a que horas aproximadamente compareceu ao PSF?

\_\_\_\_\_ (utilize o formato 24:00)

6 – Se “sim”, por que o motivo não foi atendido?

- ( ) A USF estava fechada  
 ( ) Não havia medico  
 ( ) Não havia médico na USF  
 ( ) Não havia mais agendamento de consulta na USF  
 ( ) Outro (Descreva abaixo)

7 – Se “não”, por que motivo compareceu diretamente a UPA ?

- ( ) Não confia no atendimento da USF  
 ( ) Não tinha médico disponível na USF  
 ( ) A USF só atende paciente agendado  
 ( ) A UPA tem amior variedade de exames para resolver o meu problemas  
 ( ) Outro (Descreva abaixo)

8 – Você precisa de atestado médico para sua falta ao trabalho?

( ) SIM ( ) NÃO

9– CID Final:

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
 Campus Universitário da UFJF

**APÊNDICE C – Ofício à Secretária solicitando autorização da pesquisa**

Memorando nº 002 RCB

Três Rios, 10 de Abril de 2023.

**Ilma. Sra. Secretária de Saúde de Três Rios**

**PREZADA SECRETÁRIA,**

Cumprimento-a cordialmente, e tenho a honra de dirigir-me a Vossa Senhoria no sentido de viabilizar o desenvolvimento de meu projeto de pesquisa intitulado: **"A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS), NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E A INTEGRAÇÃO COM A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO,** e considerando:

- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018;
- O Termo de adesão ao meu projeto de pesquisa, assinado pela Secretária de Saúde do município de Três Rios, declarando apoio a realização desta pesquisa;(anexo 1)
- A Declaração da responsável pela UPA 24h Três Rios autorizando a realização da pesquisa;(anexo 2)
- O Termo de confiabilidade e sigilo do pesquisador responsável; (anexo 3) e
- Que nesta pesquisa foram entrevistados 315 usuários da UPA 24h Três Rios cujas respostas foram anotadas pelo entrevistador em formulário correspondente;
- Que meu Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF tendo sua aprovação (CAAE: 65691122.9.0000.5147).

Secretaria de  
SAÚDE E  
DEFESA CIVIL



**TRÊS RIOS**  
— PREFEITURA —

**POR TODO O EXPOSTO, E SUBSTANCIADO NA JUSTIFICATIVA APRESENTADA VENHO POR MEIO DESTE SOLICITAR QUE SEJAM FORNECIDAS AS SEGUINTE INFORMações:**

- O número absoluto de atendimentos de pacientes, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco da UPA 24H Três Rios nos anos de 2018 a 2023;

- A distribuição dos pacientes atendidos na UPA 24H Três Rios por bairro, nos anos de 2018 a 2023;

- A Distribuição dos pacientes atendidos na UPA 24H Três Rios por cidade, nos anos de 2018 a 2023;

- O motivo da consulta dos 315 entrevistados em minha pesquisa, considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID);

- O motivo da consulta dos usuários da UPA 24h Três Rios, considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID), nos anos de 2022 e 2023.

Reitero votos de grande estima e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Romero Chartuni Bandeira**

**Coordenador**

**Mat. 111131-0**

---

Rua da Maçonaria, nº 320 - Centro - três Rios/RJ – CEP 25.805-025

Telefone: +55 24 2251-1649

saúde@tresrios.rj.gov.br

**COMPROVANTE DO PROTOCOLO**

Protocolo N°: 0000005609/2023  
Data de Abertura: 10/04/2023  
Chave: 5FPE8-R8F5W-9RPR9-F4F8S  
Consulta na Internet:  
[www.tresrios.rj.gov.br](http://www.tresrios.rj.gov.br)

Requerente : ROMIRO CHELLUNI  
BANDEIRA  
Requerimento: MEMORANDO Nº  
002/RCB REF. VIABILIZAÇÃO PROJETO  
DE PESQUISA

**TRÂMITES**

Setor: ADM - PROTOCOLO GERAL  
Data: 10/04/2023

*\* ATENÇÃO Guarde este comprovante para  
a consulta do andamento \**  
Emitido em : PMTR 10/04/2023 15:41:00

**APÊNDICE D – Autorização da Prefeitura para realização da pesquisa**

PROC. Nº 5609/2023  
Folha Nº 03  
Rubrica \_\_\_\_\_  
Encarregado de Dados - LGPD

**INFORMAÇÃO**

À Secretaria de Tecnologia da Informação e Proteção de Dados.

**PROCESSO: 5609/2023**

- 1) Visto em 20/04/2023.
- 2) Ciente da solicitação do requerente.
- 3) Ressalto, apenas para fins de esclarecimento, que:
  - Inicialmente, uma das boas práticas executadas de acordo com a LGPD é a anonimização de dados, que deve ser utilizada em qualquer informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, conforme seu art. 5º, inciso I.
  - Verifica-se também que a análise da solicitação necessita do escopo dos dados que serão fornecidos, o que não acompanha o presente processo.
  - De acordo com o art. 4º, inciso II, alínea b da LGPD, esta Lei não se aplica ao tratamento de dados pessoais, realizados para fins exclusivamente acadêmicos, aplicando-se a esta hipótese seu art. 7º e art. 11º.
  - Por fim, recomendo a transferência dos dados através de mídia física, fornecida pelo requerente e acompanhada de declaração resguardando a privacidade, responsabilidade de guarda, finalidade e prazo para descarte das informações fornecidas.
- 4) À Secretaria de TI para ciência e encaminhamento.

  
Elisa H M Gomes  
Encarregado de Dados

Elisa Helena Maria Gomes  
Encarregado de Dados - LGPD  
Portaria Nº 270/2022 - PMTR



PROC. Nº	<u>5609/2023</u>
Folha Nº	<u>010</u>
Rubrica	<u>[Assinatura]</u>

Três Rios, 20 de abril de 2023

**DESPACHO**

- 1 – Visto nesta data;
- 2 – Diante do exposto, remeto ao Operador (Unidade detentora dos Dados), observando as considerações às fls. 09.
- 3 – À Secretaria de Saúde, para ciência.

Sem mais para o momento.

  
**Samuel Rodrigues**

Subsecretário de Tecnologia da Informação e Proteção de Dados  
Mat. 124.2953

Samuel Rodrigues  
Subsecretário de Tecnologia  
da Informação  
Matricula 124.2953

*Ao Coord. Romero Bandeira  
para ciência e providências usando atender as considerações  
às fls 09.  
Em 24/04/2023*

  
Secretária de Saúde  
e Defesa Civil

**SECRETARIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS**

PRAÇA SÃO SEBASTIÃO, 81 – CENTRO – TRÊS RIOS/RJ – CEP: 25.804-080

  /prefeituradetresrios

 [www.tresrios.rj.gov.br](http://www.tresrios.rj.gov.br)



**APÊNDICE E**– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a Subcategoria e fatores apontados. Categoria – Organização e configuração da APS (conclusão).

Subcategoria	Principais Ôbices	Unidades de Registro (Elocuições)
Fatores relacionados ao financiamento e aplicabilidade de recursos	<p>Má remuneração para os profissionais</p> <p>APS sucateada/ Baixo investimento UPA e APS</p>	<p>“Você tem um monte de má remuneração . Isso é uma reclamação de todos eles que eles são mal remunerados e eles tem que cumprir uma certa carga horária” Entrev3</p> <p>“O pessoal tem que ser tem que ter uma remuneração mais adequado tanta parte da enfermagem, quanto à parte médica mas tem que ser cobrado... o salário ainda está ruim.” Entrev3</p> <p>“A remuneração de Três Rios tem um dos salários mais baixos da região, e o Plano de carreira do município precisa ser revisto para que nós possamos atrair bons profissionais.” Entrev5</p> <p>“Eu vejo que por muito tempo ela ficou de maneira digamos assim sucateada (APS).”Entrev1</p> <p>“Faltam recursos para efetivamente investir na Atenção Primária.” Entrev1</p> <p>“Não consegue atingir as metas que seriam necessárias para aumentar esse custeio.” Entrev1</p> <p>“O custeio da Atenção Primária hoje é baixo.” Entrev1</p> <p>“Eu acho que tem que ter mais investimento na Atenção Básica.” Entrev2</p> <p>“Faltam recursos sim.” Entrev5</p> <p>“É pesado para município ter um equipamento regional (UPA) e fazer mais de 50% de contrapartida do seu financiamento.” Entrev5</p>
Fatores Relacionados à Política Nacional de Humanização	Ausência de Classificação de Risco na APS	<p>“A própria UBS direciona os pacientes para a UPA.”Entrev1</p> <p>“Os pacientes tem que criar um vínculo.” Entrev3</p> <p>“você não tem um acolhimento na hora que a pessoa está necessitando.” Entrev3</p> <p>“Esse agendamento de consulta que eu acho que não cabe no PSF, que quando você passa a ter só esse agendamento de consulta, você não tem um acolhimento na hora que a pessoa está necessitando.” Entrev3</p> <p>“Falta o acolhimento na Atenção Básica para este paciente quando chega a unidade.” Entrev3</p> <p>“Raramente a unidade está com equipe completa para realizar o atendimento.” Entrev3</p> <p>“A unidade não realiza uma Triagem para classificar esse paciente.” Entrev3</p> <p>“É uma ferramenta que a gente dispõe e que dá vazão, seja qualquer grau de classificação de risco uma vez que Atenção Primária não pode suprir essa demanda.” Entrev4</p> <p>“Não temos no município uma classificação de risco nos pontos de atenção à saúde nos PSF, não temos demanda espontânea.” Entrev5</p>

**APÊNDICE F**– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a Subcategoria e principais óbices. Categoria – Articulação entre os serviços das RAS (continuação)

Subcategoria	Principais óbices	Unidades de Registro (elocuições)
Fatores relacionados a Integração	A falta de Integração	<p>“Não há esse tipo de integração o que eu vejo hoje que a gente não consegue ter um melhor relacionamento interpessoal das equipes.”Entrev1</p> <p>“Não vejo muita integração não.” Entrev1</p> <p>“Em alguns casos a gente consegue algum contato com alguns PSFs.”Entrev2</p> <p>“São mais profissionais isolados se comunicando.”Entrev2</p> <p>“Não há integração nenhuma.”Entrev3</p> <p>“Com relação ao trabalho: não. Só quando há reuniões.... Aí a gente tem essa reunião para falar do assunto em questão, mas não é para criar fluxo rotina junto. Acho até que deveria para poder alinhar os serviços” Entrev4</p> <p>“Não vejo nada formal...Coordenação UPA e Coordenação Atenção Básica só (integram) se tiver algum caso específico.” Entrev4</p> <p>“Nas Unidades que tem os residentes e que tem os preceptores, há uma melhor integração e há um melhor resultado no serviço de saúde daquela população” Entrev5</p> <p>“Precisamos ter as Unidades Integradas.” Entrev5</p>
Fatores relacionados às RAS	Dificuldade de estabelecer fluxos e protocolos	<p>“Acho que o grande problema da saúde pública a nível nacional, é estes mecanismos de referência e contrarreferência. Eu vejo que em 99% dos casos a referência existe, a contrarreferência não existe.” Entrev1</p> <p>“Acho muito frágil esta relação ainda. Porque muita das vezes o paciente não sabe explicar, o que o médico da onde ele passou disse para ele, ou falou o que ele tem.” Entrev1</p> <p>“esse fluxo ele é importante ele precisa acontecer.” Entrev5</p> <p>“eu vejo que ainda muito incipiente, muito, ainda precisa ser melhor fortalecido estes canais de discussão e esses protocolos regionais que vão ser desdobradas dentro do município.” Entrev5</p> <p>“É preciso trabalhar a classificação destes profissionais, adoção de protocolos mesmo com matriciamento dos profissionais especialistas do NASF e da rede.” Entrev5</p> <p>“Nosso desafio é as redes funcionarem.” Entrev5</p>

**APÊNDICE F**– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a Subcategoria e fatores apontados. Categoria – Articulação entre os serviços das RAS (continuação)

Subcategoria	Principais óbices	Unidades de Registro (elocuições)
Fatores relacionados às RAS	<p>Intercomunicabilidade dos sistemas de informação inexistente</p> <p>Referência e contrarreferências fragilizadas</p>	<p>“Você não tem prontuário eletrônico, então você acaba gastando mais com esse paciente. Ele faz exame na Atenção Básica, faz exame na UPA, passa com consulta na UPA, na Atenção Básica.” Entrev1</p> <p>“Alguns casos a gente faz contato direto com Central Estadual de Regulação e de exames.... durante a alta ele escreve no papel tudo que vai solicitar.” Entrev1</p> <p>“As redes sociais e principalmente o whatsapp foi um agente facilitador.” Entrev1</p> <p>“Mas precisamos ter prontuário eletrônico, nós precisamos ter a informatização das Unidades.” Entrev5</p> <p>“Mas não pode deixar também de ressaltar aqui que em alguns casos sim tem referência.” Entrev3</p> <p>“Rara vezes nós temos um encaminhamento. A maioria das vezes eles vão por conta própria. Demanda espontânea. Eles não passam nas Unidades deles.” Entrev3</p> <p>“De boca ou num papelzinho, mas a maioria é feita de boca porque se ele(médico) escreveu no papel para fazer uma cartinha para o PSF ele vai perder muito tempo. Ele tem mais 20 para atender! Daqui a pouco vai chegar mais 20 então acaba ficando atendendo na correria.” Entrev3</p> <p>“Parece que a unidade básica de saúde não funciona. A unidade tem um fluxo bom, só que ela poderia funcionar muito melhor.” Entrev3</p> <p>“Geralmente a gente vê que é no boca a boca.” Entrev3</p> <p>“Nunca recebemos esta referência da UPA. Quando tem este feedback normalmente é o SAD que dá.” Entrev3</p> <p>“Normalmente é por referência e contrarreferência que é uma ficha mesmo, um papel, um manuscrito. Que seja o enfermeiro, que seja um médico que referência esse paciente para UPA ou mesmo uma orientação verbal para paciente ir.” Entrev4</p> <p>“Existem alguns agendamentos pelo SISREG.” Entrev4</p>

**APÊNDICE F**– Unidades de registro (elocuições) dos entrevistados de acordo com a Subcategoria e fatores apontados. Categoria – Articulação entre os serviços das RAS (conclusão).

Subcategoria	Principais óbices	Unidades de Registro (elocuições)
Fatores relacionados ao atendimento das urgências de baixo risco	<p data-bbox="491 479 651 775">Demanda espontânea do usuário em buscar como primeiro ponto de atenção a UPA</p> <p data-bbox="491 1115 651 1211">Baixa resolutividade da APS</p>	<p data-bbox="686 479 1422 539">“A maioria das urgências de baixo risco vão em busca do atestado.” Entrev1</p> <p data-bbox="686 546 1422 741">“Acredito que tentam orientar estes pacientes a importância de procurar atenção básica e não ficar retornando nesses casos, mas é atendido normalmente mesmo alguns profissionais achando que não seria aqui o local para aquilo eles sempre são bem atendidos.” Entrev2</p> <p data-bbox="686 748 1422 875">“De 100 atendimentos destes de baixo risco (deste azul e verde) 85% saem com um atestado na mão. Porque o objetivo dele é procurar a UPA e dar uma um atestado para ele.” Entrev3</p> <p data-bbox="686 882 1422 943">“O fluxo é muito intenso e sobrecarrega o sistema o baixo risco.” Entrev4</p> <p data-bbox="686 949 1422 1077">“aí temos um problema da população em reconhecer a atenção primária como também um equipamento de saúde que possa responder a demanda de baixo risco.” Entrev5</p> <p data-bbox="686 1115 1422 1279">“Geralmente quando o paciente chega aqui que poderia ter sido resolvido na Atenção Básica. Geralmente os médicos ou os profissionais da UPA faz um encaminhamento tanto verbal e muitas vezes escrito também.” Entrev2</p> <p data-bbox="686 1285 1422 1413">“O paciente vai no posto de saúde e fala pra ir UPA, porque a gente está sem médico. Vai na UPA porque não tem vaga ou vai na UPA porque a gente não vai resolver isso aqui.” Entrev3</p> <p data-bbox="686 1420 1422 1480">“Ele(usuário) só vai ser atendido (na APS) se o médico quiser. Temos que avançar neste protocolo.” Entrev5</p> <p data-bbox="686 1487 1422 1585">“Nós temos a situação da dificuldade, dos profissionais médicos estarem mesmo disponíveis na atenção primária para realizar ali todo o atendimento.” Entrev5</p>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.