

Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento

Low risk emergencies: integration analysis between primary care and Emergency Care Unit

Luana Rodvalho Constantino¹, Gisele O'Dwyer¹, Vera Lucia Barbosa dos Santos¹, Marismar Horsth de Seta¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113103

RESUMO O estudo objetivou analisar a atenção prestada às urgências de baixo risco em área metropolitana de alta vulnerabilidade socioambiental na cidade do Rio de Janeiro, no âmbito da Estratégia Saúde da Família e da Unidade de Pronto Atendimento local. A metodologia utilizou triangulação de dados obtidos em prontuários, observação direta, entrevistas e grupos focais com gestores, trabalhadores e usuários (108 participantes). Analisaram-se os atendimentos segundo diagnóstico, tipo e horário de ocorrência e dados sociodemográficos; os dados qualitativos, mediante análise temática, geraram as categorias: que urgência para que serviço; questões territoriais; acesso; aspectos positivos e negativos dos serviços. Como resultado, a Estratégia Saúde da Família assume a função de atender às urgências segundo dados de produção. Experiências anteriores influenciam o padrão de acesso de usuários. A fragilidade socioambiental incrementa a demanda, tensiona o atendimento programático da Estratégia e pode gerar riscos pelo atendimento rápido na Unidade de Pronto Atendimento, que tem funcionado como lugar de internação, pela escassez de leitos em hospitais. Os dois tipos de serviços funcionam parcialmente integrados. Conclui-se que o nível de satisfação com a Estratégia Saúde da Família destacado pela população e a centralidade da Estratégia para as redes assistenciais são potencializados pelo acolhimento às urgências.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Emergência. Serviços de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT *The study aims to analyze the attention given to low risk emergencies in an area of high socio-environmental vulnerability in Rio de Janeiro, within the scope of the Family Health Strategy and the local Emergency Care Unit. The methodology used relied on a triangulation of data and sources obtained from medical records, direct observation, interviews, and focal groups with managers, workers and users. The service was analyzed according to diagnosis, type of occurrence, and sociodemographic data; the qualitative data was analyzed through thematic analysis, generating the categories: which urgency for which service; territorial issues; access; positive and negative aspects of services. As a result, the Family Health Strategy takes on the function of answering to urgencies. Previous experiences influence the pattern of users' access. Socio-environmental fragility increases demand, stresses the Strategy's programmatic service, and can generate risks by the fast treatment at the Emergency Care Unit, which has been a place of hospitalization, due to the scarcity of hospital beds. The two services work with partial integration. The conclusion shows that the levels of satisfaction with the Family Health Strategy indicated by the population and its centrality to the care networks are enhanced by the accommodation of urgencies.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Emergency. Health services. Health care needs and demands.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lrconstantino@gmail.com



Introdução

Com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), houve considerável ampliação do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), com impactos positivos sobre a saúde dos brasileiros¹. Outra conquista do SUS, a política de urgência, propõe uma rede que articula serviços de níveis assistenciais distintos para garantir, de forma oportuna, o acesso integral aos usuários.

O serviço de APS é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, responsabilizando-se pela resolução das urgências de baixo risco e estabilização dos casos graves até a transferência para uma unidade de maior complexidade. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), componente da política de urgência implantado em 2008, atuam como intermediários entre a APS e os hospitais e atendem a, pelo menos, 50 mil habitantes.

A efetiva participação da APS na atenção às urgências, responsabilizando-se pelo primeiro cuidado, pode ampliar o acesso às urgências². Entretanto, há sobrecarga de atendimentos de baixo risco nas UPA que poderia ser solucionada pela APS^{3,4}, que, por sua vez, nem sempre é capaz de acolher as urgências diante da prioridade de outras tarefas e da falta de qualificação e estrutura adequada⁴.

Na APS, a distinção dos atendimentos é feita, muitas vezes, somente em Demanda Programada (DP), que consiste em atendimento mediante agendamentos prévios, assim como por Demanda Espontânea (DE), que são atendimentos não agendados.

A dupla função da UPA e da APS no atendimento às urgências justifica a análise do acesso, da oferta e da qualidade do uso desses serviços, em especial, se compuserem uma rede assistencial local sob gestão única.

Incorporando a visão de gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, focalizando a atenção ao atendimento por DE e às urgências de baixo risco, este artigo analisa a atenção prestada em uma área de alta vulnerabilidade socioambiental. Essa

vulnerabilidade do território se expressa nas condições de vida de suas populações (baixa renda e baixa proteção social) que habitam áreas de risco ambiental, nas margens de rios degradados⁵. Com aproximadamente 46 mil habitantes, o território tem cobertura estimada em APS de 100% da população por meio de duas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), que totalizam 13 equipes, e possui uma UPA III contígua a uma das unidades.

Material e métodos

O estudo foi feito com triangulação de dados e de fontes sobre o atendimento prestado pela ESF e pela UPA, que articula dados secundários sobre a utilização dos serviços com dados primários produzidos em entrevistas, grupos focais e observação. Além disso, na análise dos dados, houve triangulação de investigadores, pois foram quatro os investigadores que aportaram suas perspectivas, reflexões e interpretações⁶.

Nesta pesquisa, o termo urgências de baixo risco designa o universo de acometimentos classificados como verdes e azuis, pela classificação de Manchester, o qual opera associando a situação de urgência ao tempo de espera, e é representado por cores: vermelho (emergência / 0 min), laranja (muito urgente / 10 min), amarelo (urgente / 60 min), verde (pouco urgente / 120 min) e azul (não urgente / 240 min)⁷.

Inicialmente, analisaram-se dados secundários obtidos nos prontuários eletrônicos utilizados na ESF e na UPA. Os atendimentos foram caracterizados por idade, sexo, diagnóstico e horário e tipo de demanda (DP e DE) para identificar as urgências de baixo risco dos dois serviços.

Os atendimentos da ESF correspondem ao somatório dos atendimentos realizados pelas duas unidades da área. Para a UPA, computaram-se apenas aqueles originados da região em estudo realizados durante o horário de funcionamento da ESF. Excluíram-se as DE caracterizadas como administrativas (marcação de consulta, troca de receita etc.).

O motivo de consulta (queixa principal) dos atendimentos na ESF e na UPA também foi analisado considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID). Os 20 diagnósticos mais registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos da CID 10. Frequências absolutas foram calculadas de acordo com sexo, faixa etária,

classificação de risco e doenças de maior prevalência.

Em outra etapa, realizou-se pesquisa de campo, que abrangeu: 1) observação do atendimento nas três unidades de saúde, totalizando 120 horas de observação nos dias úteis da semana, com registro em diário de campo; 2) entrevistas e grupos focais.

Quadro 1. Entrevistas e grupos focais realizados por número e tipo de entrevistado e duração do campo

Técnica utilizada	Duração de cada técnica	Tipo de participantes	Total
Entrevista	60 minutos	Médicos plantonistas da UPA	5
		Enfermeiros plantonistas da UPA	5
		Gestores e Responsável Técnico (médicos e enfermeiros) da UPA e ESF	9
Grupo focal	90 minutos	Médicos e Enfermeiros ESF	32
		ACS ESF	37
		Usuários	20
Total de participantes do estudo			108

Fonte: Elaboração própria.

Os roteiros das entrevistas e grupos focais abrangeram questões sobre: tipo de urgência atendida na unidade; facilidades e dificuldades para atendimento de urgência de baixo risco em cada tipo de unidade; integração entre os serviços; e estratégias para melhor atender à demanda. Para os usuários, indagou-se acerca do que eles entendiam como urgência; quando e quais os benefícios de procurar a UPA e/ou ESF, e sobre dificuldades de acesso ao atendimento.

Participaram coordenadores e responsáveis técnicos identificados como gestores (G); médicos e enfermeiros, como profissionais de nível superior (PS); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e usuários (U). A origem de gestores e profissionais de nível superior, se ESF ou UPA, foi identificada.

A triangulação efetuada na análise abrangeu: dados, fontes e investigadores, conforme registro anterior. Utilizou-se análise temática⁸ para análise qualitativa do material de campo, cujo resultado dialogou com os dados quantitativos submetidos à análise estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelos Certificado de Apresentação para Apreciação Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, números 81927618.3.0000.5240 e 71283317.8.3001.5279.

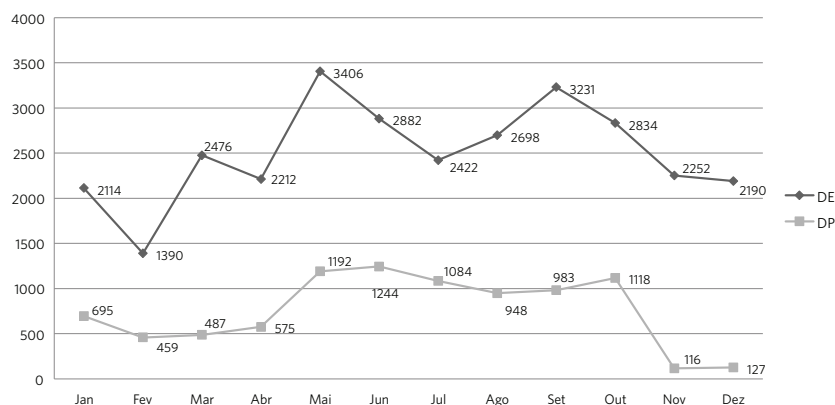
Resultados

Os resultados estão organizados em informações sobre atendimentos, observação nos serviços e segundo as categorias analíticas que emergiram da análise temática que consistem em: que urgência para que serviço; acesso; questões territoriais; aspectos positivos dos serviços; e aspectos negativos do serviço.

Informações sobre atendimentos

Na ESF, em 2017, foram realizados 39.135 atendimentos, sendo 76,9% por DE (30.107) e 23,1% de DP (gráfico 1).

Gráfico 1. Atendimentos da Estratégia Saúde da Família segundo tipo de demanda e mês de ocorrência, 2017

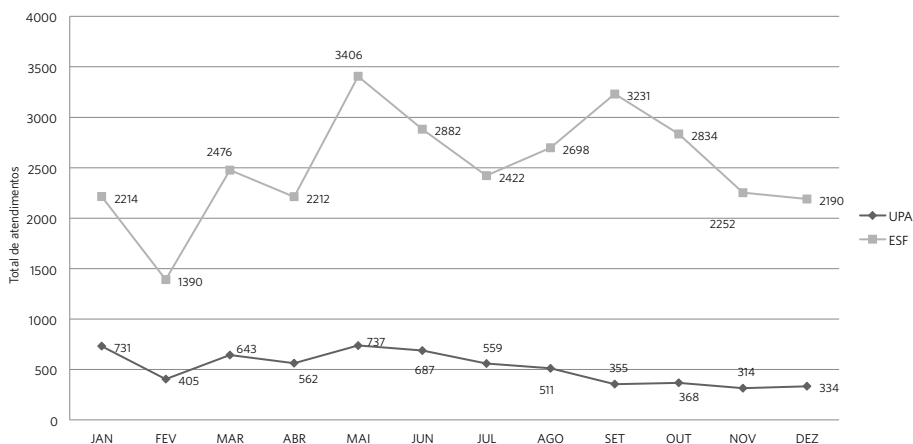


Fonte: Elaboração própria.

Na UPA, em 2017, no horário das 8h às 17h, ocorreram 6.206 atendimentos aos usuários moradores do bairro estudado, distribuídos,

segundo o grau de risco, em: vermelhos (0,4%), amarelos (17,4%), verdes (82%) e azuis (0,2%).

Gráfico 2. Atendimentos às urgências de baixo risco segundo tipo de unidade e mês de ocorrência, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao gênero, predominou o sexo feminino nos atendimentos por DE na ESF (70%). Na UPA, não houve diferença significativa em relação ao sexo.

Acerca da distribuição etária dos atendimentos, observou-se que, na UPA, 65% (n=3.315) era de adultos, seguido de crianças com 21%

(n=1.050), idosos com 8% (n=409) e adolescentes com 6% (n=328). Na ESF, 63% eram adultos (n=9.043); 18%, idosos (n=5.583); 14%, crianças (n=4.211); e 4% (n=1.270), adolescentes.

As doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas e metabólicas e as doenças do aparelho circulatório foram frequentes na

clínica de APS. Já as doenças do aparelho respiratório apareceram nos dois tipos de serviço. Na UPA, há um número elevado de diagnósticos inespecíficos. Evidenciaram-se,

na UPA, o volume de doenças osteomusculares, sobretudo, as queixas de dores e um número elevado de diagnósticos inespecíficos (*quadro 2*).

Quadro 2. Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea/urgências de baixo risco nas unidades analisadas

Grupo de doenças	ESF		UPA			
	CID	n. registros	Total	CID	n. registros	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09- Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1.452	5.196	*	*	*
	A59- Tricomoníase urogenital	746				
	B37- Estomatite por Cândida	706				
	B86- Escabiose	704				
	B359- Dermatofitose não especificada	574				
	A15- Tuberculose pulmonar	507				
	B309- Conjuntivite viral não especificada	507				
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	E119- Diabetes mellitus não insulino-dependente - sem complicações	2.189	3.926	*	*	*
	E109- Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações	806				
	E66- Obesidade devida a excesso de calorias	623				
	E39- Transtorno endócrinos não especificados	308				
IX. Doenças do aparelho circulatório	I10- Hipertensão essencial (primária)	3.114	3.114	*	*	*
X. Doenças do aparelho respiratório	J00- Nasofaringite aguda (resfriado comum)	695	695	J00	269	269
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	*	*	*	M791- Mialgia	556	742
				M545- Dor lombar baixa	186	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial	*	*	*	R05- Tosse	425	675
Outros registros de CID			17.288			3.031
Total de atendimentos de demanda espontânea/ Verdes e Azuis			30.107	-		5.102

Fonte: Elaboração própria.

Nota: O uso do "*" designa valores inferiores a 150 atendimentos que foram contabilizados como 'outros registros de CID'.

Observação nos serviços

Na sala de espera da UPA, a maioria dos usuários não entendia a organização do atendimento por classificação de risco e havia conflitos quando aqueles classificados como verdes aguardavam, independentemente da ordem de chegada.

Nas duas clínicas de ESF, havia usuários aguardando a hora de abertura gerando uma fila diária. O primeiro atendimento para DE é atribuição do ACS e é organizado segundo equipe de referência. Técnicos de enfermagem e enfermeiros apoiam a recepção do usuário. Além disso, o principal critério de acesso era a ordem de chegada.

Os profissionais da ESF eram receptivos e afetuosos, valorizando as demandas. Atenção especial era prestada aos grupos prioritários, como crianças menores de 5 anos, gestantes, puérperas e usuários com tuberculose. Profissionais e usuários se conheciam pelo nome, evidenciando o vínculo estabelecido.

A primeira pergunta feita pelos usuários era se ‘havia médico para atender no dia’. Os médicos realizam, além do atendimento, visita domiciliar e atividades em grupos. Eventualmente, os usuários não aceitam ser atendidos por enfermeiros na ausência do médico.

Não há um padrão para compatibilizar o atendimento por DE e DP. Predominava a forma intercalada de atendimento das duas demandas.

Uma das clínicas trabalhava mais próxima da metodologia ‘acesso avançado’, que prevê atendimento preferencialmente dentro de 24 horas, seja por demanda de urgência ou rotina⁹. A demora para atendimento médico era de até três horas. No decorrer do estudo, ocorreu uma greve de profissionais, durante a qual os atendimentos foram reduzidos a 30%. No decurso a greve, a sala de espera foi um espaço para discussão com a população sobre os problemas enfrentados na área da saúde.

Os dois tipos de serviço têm estrutura para o atendimento às urgências.

Que urgência para que serviço

Os gestores 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, acham legítimo a população acessar o serviço preferido.

Os profissionais reconhecem que as urgências de baixo risco deveriam ser atendidas na APS devido à possibilidade de acompanhamento do usuário, porém, alguns atendimentos verdes poderiam ser compartilhados com a UPA: “eu acho que tem como dividir o verde” (PS-UPA). Apenas um profissional médico defendeu que todos os atendimentos de baixo

risco devem ser exclusivamente atendidos pela APS: “Nem azul e nem verde deveriam ser da UPA, caberia a gente atender” (PS-ESF).

Um médico destacou que, diante de situações clínicas de maior gravidade, fica nítido para os usuários para onde eles devem se dirigir (às UPA e/ou aos hospitais), todavia, nas questões de urgência de baixo risco, o critério que define a escolha entre UPA e ESF é a facilidade de acesso:

Se for trauma ou um acidente, está claro para ele que é para UPA, mas se sente dor de cabeça, vômito, crise hipertensiva, asma, eles querem ser atendidos onde é mais perto. (PS-ESF).

Preocupa aos gestores a dificuldade da população em utilizar os serviços adequadamente nas demandas de urgência, além da falta de esclarecimento por parte dos próprios profissionais responsáveis pela seleção, que não estão preparados para orientar os usuários. Os profissionais de saúde manifestaram que, em determinadas situações, eles próprios ficam em dúvida para definir o papel da UPA e da ESF, confundindo o usuário:

Realmente em algumas situações a gente também fica confuso no dia a dia com relação ao que deve ser atendido na UPA e o que deve ser atendido na ESF. (PS-ESF).

Dizer exatamente o que é da UPA e o que é da ESF é uma pergunta que precisa pensar mais. (PS-ESF).

Eu acho que é a falta de preocupação dos médicos de orientar mais, porque você [usuário] não sabe o que você tem que procurar, então a gente não tem um posicionamento mais certo. (U).

Os usuários corroboram a definição técnica de urgência:

Atendimento de urgência é quando a pessoa vem passando mal mesmo, para morrer. Uma pessoa completamente ferida, tiro, princípio de um infarto, né? Uma criança com falta de ar é um atendimento com um risco. (U).

Para os usuários, tanto a ESF como a UPA devem atender às pequenas urgências, sendo o principal diferencial o horário de atendimento: *“Na UPA quando a clínica [ESF] está fechada. A médica da UPA disse, vou passar remédio, mas procure sua doutora”* (U).

No entanto, reconhecem que eventualmente a clínica (ESF) não é vista como lugar de atendimento às urgências:

A Clínica da Família é mais acompanhamento da gestante, com uma doença crônica pra fazer tratamento. A diferença de um para o outro é isso, a Clínica da Família faz tratamento e a outra [UPA] é mais urgência. (U).

Questões territoriais

Para os profissionais, a pobreza, a violência e a falta de acesso a outros recursos sociais produzem demandas:

Você tem determinantes sociais que levam a população a buscar mais a urgência [...] você tem uma população com dificuldade financeira, que tem uma relação trabalhista das piores possíveis, então essa população não vai a grupo informativo, ela não pode ficar faltando o trabalho para ir no médico, tenta resolver a vida dela na urgência [...] Ele vai otimizar o tempo. (ACS).

A gente trabalha com uma população extremamente vulnerável, a gente fica com as equipes insufladas de usuários. (PS-ESF).

A questão da vulnerabilidade do território esteve presente nas falas de profissionais e da maioria dos gestores como um fator contribuinte para a sobrecarga do serviço. A realidade da precarização das relações de trabalho entre a população é apontada como um direcionador da sua preferência pela UPA para otimização do tempo, proporcionando acesso para satisfação de suas demandas por exames de sangue e imagem, nem sempre prescritos.

O número de pessoas cadastradas por equipe, superior ao de outros sistemas universais, é visto como um grande entrave, especialmente pela fragilidade social da população do território:

Mas é essa questão de a gente trabalhar com uma adscrição de clientela muito maior do que a média dos países que trabalham com atenção primária, com certeza é um gargalo. A gente trabalha com população muito vulnerável, tem muita necessidade de acesso ao Serviço de Saúde, inclusive para coisas que não são estritamente biológicas. É um desafio, uma conta que nunca fecha. (PS-ESF).

Eventos, tais como tiroteios, fecham ocasionalmente as clínicas de saúde da família, assim como enchentes em períodos de muita chuva, que alagam as casas, gerando prejuízos materiais:

A gente tem uma população bastante adoecida, por toda violência, também. Na beira rio as pessoas que perderam tudo, é muito rato, nós vamos começar a ter leptospirose. Têm pessoas com fome, sem esgoto, sem luz, sem água, sem nada, perderam documentos, remédios, alimentos. (PS-ESF).

Muitos profissionais destacaram a violência no território como um fator limitador para o trabalho, seja na UPA ou na ESF, com confrontos frequentes entre policiais e traficantes com uso de armas de fogo, assim como a presença do tráfico próximo à unidade: *“tem tráfico, tem tiro, isso torna mais complicado. E, às vezes, tem dificuldade para acessar a unidade, profissional e usuário”* (PS-UPA).

O protocolo de acesso seguro, com critérios para fechamento das clínicas de família quando há tiroteio, incrementa a demanda, pressionando o atendimento na UPA:

A ESF é restringida e fecha o atendimento, para onde vai quem tinha consulta marcada? O usuário sai daquela porta e entra na nossa UPA a dor de garganta, prurido, pediculose, fora aquele que vem diário, que vem da baixada fluminense ou de uma outra área com cobertura insuficiente de ESF. (G-UPA).

Um gestor da ESF entende que a abordagem do usuário na UPA deve considerar a fragilidade social. A utilização da classificação de risco como critério exclusivo para atendimento na UPA, valorizando apenas sintomas, implica a negação do atendimento: “Sabendo de toda vulnerabilidade do território, muitos usuários recorrem ali, porque é onde tem. E acaba negando atendimento a um usuário que merece aquele atendimento” (G-ESF).

Alguns gestores da UPA apontaram conflitos com a população. Os usuários seriam imediatistas, descuidados consigo mesmo, dissimulados e acomodados:

O usuário, ele tem aquela expectativa de imediatismo, aquela coisa ‘hospitalocêntrica’. O usuário se sente mal, ‘vou procurar o UPA’, ele não procura antes fazer o acompanhamento da hipertensão, da diabetes. (G-UPA).

As pessoas já aprenderam o que dizer na porta de classificação de risco e quando chega no médico não é aquilo que foi falado. (G-UPA).

Eu acho que tem a modificação da questão da cultura. Às vezes tem muitos usuários que procuram aqui [UPA] simplesmente por comodidade porque vai demorar o atendimento lá [ESF], então ele vem para a UPA por qualquer coisa. (G-UPA).

Os profissionais da ESF destacam a baixa escolaridade do usuário, que traz dificuldade no seu seguimento na ESF, e a ausência de um prontuário comum:

O grau de escolaridade dos usuários, na maioria das vezes, é muito baixo. Não sabem de fato o que motivou o atendimento, quais foram as condutas dos colegas na UPA, dificultando um pouco o seguimento da gente da ESF. (G-ESF).

Acesso

O acesso por DE na ESF é garantido diariamente, embora eventualmente possa ocorrer

alguma restrição por capacidade de atendimento ou pela autonomia com que as equipes funcionam:

Não sei se há equipes que, quando chegam usuários à tarde diz: porque você não veio de manhã? O horário de demanda é às 8h da manhã para poder encaixar. (G-ESF).

A utilização do ‘acesso avançado’ auxilia na compatibilização DE/DP, e o atendimento ocorre no mesmo dia: “a gente vai vendo que, quanto mais você abre a porta e faz menos agenda, mais você garante acesso” (PS-ESF). Todavia, dificuldades nessa compatibilização foram apontadas: “Tem os agendados e às vezes pode ser que alguma coisa não possa ser encaixada naquele mesmo dia” (G-ESF).

Como a ESF é tensionada pela DE, o acesso a uma consulta de maior qualidade foi questionado:

A gente não consegue fazer promoção e prevenção à saúde, a gente só trabalha com atendimento, atendimento... um atrás do outro e o que é proposto mesmo a gente não consegue fazer. Isso é muito ruim (PS-ESF).

Alguns profissionais até gostariam de absorver mais a DE, porém, sentem-se sobrecarregados devido ao tamanho da população adscrita das equipes:

[...] idealmente eu gostaria de atender todas as demandas da população adscrita da minha área, mas no dia a dia a gente vê que não é possível porque a gente fica sobrecarregado. Talvez se a gente tivesse 1000, 1500 usuários teria bastante vaga para atender todo mundo que demanda. (PS-ESF).

Na ESF, há preocupação em otimizar as consultas e abordar o usuário da melhor forma possível, pois os usuários com demandas reprimidas oportunizam a DE para solucionar problemas além da queixa atual. Assim, é possível identificar que, mesmo com o grande

volume de atendimentos, busca-se abordar mais do que somente a queixa dos usuários:

A consulta é diferente, tudo é mais detalhado, não se vê só o caso: tá com dor? Passa o remédio para dor, quer saber da família, o que está acontecendo, porque que chegou essa dor, demora mais. (ACS).

A queixa é uma dor de cabeça crônica ou uma febre e quando ele está no consultório ele aborda outras questões e aí ele sai dali com um encaminhamento. Então de uma consulta de DE faz uma consulta completa. (ACS).

Um médico destacou que, apesar das dificuldades, o profissional comprometido com o propósito da ESF pode buscar incluir ações de prevenção/promoção nos atendimentos por DE, visto que o usuário se encontra na unidade:

O maior desafio é você conseguir oportunizar e fazer prevenção, promoção com usuário de demanda espontânea. No meio do atendimento: você já faz mamografia? Está na época. Posso pedir? E você acaba oportunizando. (PS-ESF).

Havendo indicação de internação, a forma de acesso prevista para a ESF é solicitar vaga pelo sistema de regulação do município: “A gente regula o usuário, é um pouco burocrático porque você precisa ligar, mandar e-mail, confirmar, e só pode ser médico” (G-ESF).

A UPA local é o principal destino dos usuários que são internados: “Em 90% dos casos, a vaga sai para UPA ao lado. Não precisa de ambulância, só esperar, é muito bom!” (G-ESF).

Quando o usuário necessita de tecnologia mais complexa para o atendimento de urgência, se ele está na clínica contígua à UPA, a ESF utiliza, sem barreiras, os recursos da UPA.

É possível acompanhar se a ambulância foi acionada e para onde o usuário será levado enquanto está aguardando: “Eu fico quando tem internação com eles após horário, eu falo das dificuldades da rede, divido as situações” (G-ESF).

Apesar de certa facilidade para o usuário ser deslocado da ESF para a UPA, questiona-se

esse envio visto que, ao solicitar internação, espera-se que o usuário acesse o leito hospitalar:

Nós necessitamos de hospital, mas eles mandam pra UPA e vira uma bola de neve porque a UPA não tem como fazer diagnóstico, fica em observação e vai embora. (G-ESF).

O gargalo para o leito na UPA repercute na ESF:

A gente vê uma dificuldade de leito de CTI, existe uma demanda muito grande. Em 2013, a gente tirava usuários com mais facilidade, a gente tinha um tempo de permanência menor. Agora eu não consigo efetivamente transferir para internar, numa média de 4, 5 dias eu dou alta em torno de 50% do meu movimento. (G-UPA).

[...] muito ruim e decepcionante pro profissional ver que não foi pro hospital e que a UPA que deu alta, e o usuário vai voltar no dia seguinte ou daqui a dois dias. É desgastante pro profissional, pro usuário e infelizmente tem cada vez menos oferta de leito. (G-ESF).

Os profissionais da UPA identificam o excesso de atendimentos de baixo risco como um problema de acesso: “São poucas as emergências mesmo. Fazemos atendimento de atenção primária” (PS-UPA).

Por outro lado, os gestores da ESF reclamam de não haver uma referência formal para acessarem o atendimento dos seus usuários que saíram da UPA. O prontuário poderia ser um elemento de integração e continuidade do cuidado.

Para o usuário, a eleição de cada tipo de equipamento é determinada pelo vínculo e atendimento mais humanizado (ESF) e por rapidez no atendimento e acesso a exames (UPA):

Temos direito tanto na Clínica, como na UPA. Na clínica, às vezes não tem vaga para atendimento, mas eles estão sempre encaixando e o cuidado deles é sempre melhor. (U).

O direcionamento do usuário de baixo risco da UPA para a ESF não é isento de conflitos com o próprio usuário, que busca garantir seu atendimento na UPA:

Você tem uma porta de entrada, você tem o médico ali pra resolver o problema. Você atende, mas referencia. O problema é que com isso o usuário cria um vício. É muito mais fácil ele chegar na UPA com a porta aberta e ser atendido logo, do que se fidelizar na APS. (G-UPA).

Persiste um conflito acerca do lugar oportuno para o atendimento, gerado pelo próprio serviço, que expulsa o usuário da APS e da UPA. Apesar de não ser prevalente no local estudado, a peregrinação por atendimento ainda é um signo do atendimento de urgência:

Vou à UPA no caso de febre. Aí eles me olham e me encaminham para a Clínica da Família. Aí a Clínica da Família me encaminha de novo para a UPA. Assim, não dá! Aí eu fico em casa. Então eu pego dinheiro e vou para o Hospital Salgado Filho, lá eles me atendem. (U).

E quando a pessoa está passando muito mal, quando chega num lugar e não é atendido e tem que correr para outro lugar? (U).

Aspectos positivos dos serviços

A maior vantagem da UPA, sob o ponto de vista do atendimento às urgências, é a qualificação dos profissionais e a capacidade de recursos materiais, como exames e RX:

Na UPA é mais fácil por causa da qualificação, tem a sala de retaguarda com equipamentos que não vão ter na ESF. (G-UPA).

Quando ele chega aqui com a pressão alta eu acho que ele vai ter um atendimento muito melhor que lá [na ESF]. (PS-UPA).

A gestão da ESF também considera que tem estrutura e recursos para o atendimento das demandas espontâneas. É positivo o fato de os usuários terem o hábito de procurar a ESF para atendimentos de urgência, considerado o melhor lugar pelo vínculo e continuidade da atenção: *“Tem continuidade do atendimento, tem o médico que acompanha, sabe seu histórico, um atendimento longitudinal” (G-ESF).*

Os usuários declararam um nível alto de satisfação com o trabalho na ESF:

Já cheguei com a pressão de 22 e fui bem recebida. Ninguém faz cara feia para mim. (U).

Tenho sido atendida aqui pelos médicos com amor, carinho, com beijo e com abraço, as enfermeiras também. (U).

Para os profissionais da ESF, a possibilidade de acompanhar o paciente confere qualidade técnica ao atendimento e previne iatrogenias:

A gente percebe que, pelo fato de orientar para que o paciente retorne para fazer o acompanhamento, diminui inclusive o grau de hiperintervenção e até de iatrogenias. Entre uma dúvida se é infecção bacteriana ou viral eu posso pedir para ele retornar em um, dois dias. E se ele não retornar eu posso ir buscar. (PS-ESF).

Para os gestores da ESF, a proximidade e a boa relação com a UPA são vantagens: *“Ter um intervalinho de 5 minutos entre um usuário e outro e saber como tá seu usuário internado na UPA” (G-ESF).*

A interação entre a UPA e a ESF foi identificada como positiva pelos gestores da UPA: *“O benefício é ter um feedback, da clínica para a UPA e de usuários em observação, que é do território e o médico da equipe vem acompanhar” (G-UPA).*

No entanto, houve divergência ao julgar positivamente a interação entre a UPA e a ESF:

É complicada a relação. A gente chega às vezes para passar um caso e a gente é visto como um

médico do posto que não sabe nada e que está levando um caso que não é urgência. (PS-ESF).

Contudo, apesar das divergências, o reconhecimento da fragilidade social e a capacidade da APS de acolher a DE, atendendo os pacientes com integralidade, foram identificados positivamente.

Aspectos negativos do serviço

Para os gestores, nos anos de 2017 e 2018, ocorreram cortes no financiamento e outras ameaças ao SUS. Na APS, houve greve, aumentando a dificuldade para a UPA: *“Momento político, momento de vai embora, não vai, é demitido ou não. Isso interfere”* (G-UPA).

A forma de atendimento da UPA, centrada na queixa, foi vista como negativa:

Na UPA cada vez que você vem é atendido por um profissional diferente, é sempre um plantonista. Se sua queixa hoje é de dor de cabeça ele vai atuar naquela dor de cabeça. A UPA não investiga nenhum tipo de doença. (G-ESF).

Os médicos da UPA reforçam que, além do olhar mais focado nos sintomas, o excesso de demanda reduz o tempo disponível para o contato com os usuários: *“Meu contato com o usuário é mínimo, eu tenho que ser extremamente rápido, me exponho mais ao erro porque eu tenho que atender muita gente muito rápido”* (PS-UPA). Muitas vezes, há insegurança e risco para o profissional: *“A gente acaba não dando atenção para o usuário quando ele não tem risco no momento”* (PS-UPA).

A rapidez no atendimento é percebida negativamente também pelo usuário:

Aqui eles parecem que são o gênio da lâmpada. (UPA).

Te olham e dizem: isso é virose, não colocam nem a mão na gente para dizer que a gente tem. (U).

O atendimento na UPA foi criticado pelos usuários em função da classificação de risco e da demora no atendimento:

Porque, às vezes, você chega e não tem médico, aí você tem que esperar 4, 5 horas. Vão passando outros na frente, vão ficando pior do que quando chegaram. (U).

O gestor da UPA identificou como dificuldade atender usuários da ESF de outros territórios:

Dificuldade é quando recebo um usuário de fora que vou encaminhar para o território dele e ele fala que não adianta mandar para clínica da família porque lá não funciona e como aqui ele foi bem atendido ele começa a querer resolver o problema dele aqui. (G-UPA).

O encaminhamento da UPA para a ESF sobrecarrega a clínica do território porque os usuários não cobertos pela ESF entendem que a clínica ao lado deve recebê-lo:

A UPA orienta o usuário a procurar a clínica da família só que não explica que tem que ser onde a pessoa mora. Então a gente [da ESF] acaba atendendo o usuário para ele não ficar prejudicado. (G-ESF).

A qualificação inadequada dos médicos da ESF foi apontada como uma dificuldade por um gestor da UPA: *“A dificuldade de atender urgência e emergência na ESF é a qualificação do médico”* (G-UPA). Apesar da percepção de pouca qualificação ter sido um relato isolado, essa compreensão é negativa considerando que a integração entre os serviços necessita de apoio dos gestores envolvidos. A insuficiente qualificação técnica do médico da APS já havia sido apontada por médicos da UPA⁴.

A porta de entrada da ESF é vista como insatisfatória. Apesar de ser uma atribuição de todos, somente os ACS assumem majoritariamente a função de acolhimento. Ademais, essa é uma questão que gera bastante insatisfação entre esses profissionais: *“E quando fala que o acolhimento é de toda a equipe eles enxergam só o ACS”* (ACS).

A responsabilidade pelo acolhimento causa insegurança aos ACS para atuar na

identificação de riscos: “O receio de todos os agentes de saúde é lidar com as emergências. Porque dá insegurança” (ACS).

Houve queixa do usuário sobre o sistema de credenciamento:

Porque eu nunca conseguia atendimento na clínica. Toda vez que eu vinha para fazer a ficha, diziam: espera, o Agente de Saúde vai na sua casa. O Agente de Saúde até hoje não descobriu

a minha casa. Então, eu, particularmente, prefiro a UPA. (U).

As experiências ruins com o atendimento em qualquer um dos equipamentos de saúde definem a escolha do usuário.

A seguir, será apresentado um quadro-síntese da análise das categorias, representando o conteúdo qualitativo dos resultados, por categoria profissional e local.

Quadro 3. Análise das categorias, por tipo de entrevistado e serviço de origem

Categorias	ESF		UPA		USUÁRIOS
	Gestores	Profissionais	Gestores	Profissionais	
QUE URGÊNCIA PARA QUE SERVIÇO	Concepção adequada.	Concepção adequada, sem unanimidade.	Concepção adequada.	Concepção adequada, sem unanimidade.	Concepção adequada, sem unanimidade, porém a experiência anterior nos serviços é determinante para a escolha.
QUESTÕES TERRITORIAIS	Reconhece que a fragilidade social do território produz demandas.	A fragilidade social do território é potencializada pela adscrição de clientela maior do que em outros sistemas.	A fragilidade social desqualifica o usuário.	Violência no território prejudica não só a população residente, mas também o fluxo do trabalho.	As condições socioambientais do território não apareceram como uma questão trazida pela população, mas foi evidente sua interferência nos atendimentos.
ACESSO	Há dúvida se o profissional atende demanda espontânea durante todo o dia. Lamenta que a vaga para internação seja direcionada para a UPA, e não para o hospital. É positivo o acesso prioritário à vaga da UPA local.	A demanda espontânea tenciona a qualidade do atendimento e as ações de prevenção e promoção.	O usuário superutiliza a UPA. O principal problema é o não acesso ao leito hospital.	Reclamam do excesso de demanda de baixo risco.	Entendem que têm o direito de usar o serviço que lhe for mais conveniente. Reclamam do direcionamento para a ESF Eventual peregrinação por serviços.
ASPECTOS POSITIVOS	O vínculo com a população e a proximidade de uma UPA no território.	O acompanhamento clínico que produz qualidade.	Capacitação do médico e os recursos materiais e tecnológicos A interação com a ESF local.	Qualificação do médico e os recursos tecnológicos.	O respeito e o carinho no atendimento pela ESF.
ASPECTOS NEGATIVOS	O desfinanciamento e o contexto adverso da atenção à saúde. O atendimento centrado na queixa. Acomodação de demandas espontânea e programada. Atender usuários de outros territórios da ESF, encaminhados pela UPA.	O excesso de demanda espontânea, que interfere na qualidade do atendimento à demanda programada. A porta de entrada sob responsabilidade dos ACS, que gera insegurança para eles mesmos.	O desfinanciamento e o contexto adverso da atenção à saúde. O atendimento centrado na queixa. A qualificação insuficiente dos médicos da ESF para atender urgências. Dificuldade de atender usuários de outros territórios. O fechamento da ESF durante os tiroteios, que sobrecarrega a UPA.	O excesso de demanda interfere na qualidade do atendimento e gera riscos para o profissional.	Rapidez durante o atendimento na UPA. Longa espera pelo atendimento na UPA. Classificação de risco na UPA. Dificuldade de ser cadastrado na ESF.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O foco nos atendimentos por DE às urgências de baixo risco e a incorporação da visão de diferentes atores proporcionaram a análise, ainda que parcial, da atenção prestada em área de alta vulnerabilidade socioambiental.

Pelos dados de produção, pode-se afirmar que a ESF local assume a função de atender às urgências, responsabilizando-se por 82,4% da demanda total. Isso sugere um avanço em relação a estudos anteriores, que apontaram a não implementação desse atendimento^{2,3}. A abrangência populacional adscrita às equipes constitui um desafio para a missão de pronto atender na APS². Além disso, há dificuldade de acessar a ESF para o atendimento às urgências de baixo risco mediante DE, bem como de oferecer ações programáticas, de prevenção e promoção, a despeito do esforço de conciliação de atividades diversas¹⁰, mormente em territórios de alta vulnerabilidade, como o estudado.

O acesso avançado – uma das formas para gerir a demanda que privilegia o atendimento no mesmo dia – tem o potencial de reduzir o tempo de espera dos usuários para consultas. O atendimento no mesmo dia aumenta a satisfação do usuário e diminui o absenteísmo nas consultas de DP. Entretanto, não há evidências científicas robustas de que o acesso avançado se traduza em melhores resultados de saúde¹¹. Ademais, há risco de o acesso avançado reduzir a continuidade dos cuidados, afetando o acompanhamento de portadores de condições crônicas, que necessitam de consultas regulares agendadas⁹.

A ESF atendeu um percentual maior de idosos do que a UPA, o que pode significar vínculo e adesão à APS. Entretanto, o expressivo percentual de atendimentos a crianças na UPA – que, na época, tinha deixado de ter pediatra – pode representar resistência ou inadaptação da população local a essa perda.

Contraopondo-se a estudo, no qual o gênero feminino foi mais prevalente¹², na UPA, não houve diferença significativa em relação ao gênero. Na ESF, o atendimento ao sexo feminino tem predominado^{13,14} por razões não

especificadas, mas que devem relacionar-se com a cultura de frequentar as unidades pelos programas de saúde da mulher e criança, com o horário de funcionamento das unidades, por questões de inserção no mercado de trabalho, entre outras. Além disso, deve ser considerada a resistência dos homens em buscar a assistência primária, razão que motivou a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Na clínica de APS, a diversidade de diagnósticos foi maior do que na UPA, com predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas e metabólicas, e doenças do aparelho circulatório. De forma semelhante ao encontrado neste estudo, apontou-se o predomínio da dor lombar e das afecções osteomusculares, seguido das doenças infecciosas nos atendimentos realizados na UPA^{15,16}.

O elevado número de registros de CID inespecíficos na UPA parece indicar foco na identificação dos sintomas, sem privilegiar um diagnóstico preciso, apesar de a política de urgência precenizar para a UPA um atendimento mais integrado e menos centrado em queixa/condução¹⁷. De forma coerente, entretanto, com a política de urgência, os gestores da UPA identificaram como ponto negativo o atendimento centrado na queixa; ao mesmo tempo que os profissionais da UPA informaram temer o aumento do risco de erros, decorrente da rapidez do atendimento pelo excesso de demanda.

A rapidez no atendimento é vista negativamente também pelos usuários da UPA. Um deles sugeriu jocosamente ser o médico o 'gênio da lâmpada', apontando nitidamente para o atendimento sem realização de exame físico, o que contraria a política de urgência e as boas práticas clínicas.

A mensuração dos tempos de espera não foi possível devido à falta de registros; mas, como resultado da observação dos serviços, encontrou-se uma espera para o atendimento médico que alcançou três horas – o que não destoia muito da literatura que relata que, apenas 'na maioria dos casos', esse tempo não ultrapassa duas horas –, sendo o tempo de

espera ainda mais elevado na UPA¹³. A ausência do profissional médico na ESF – ainda que justificada pela execução de outras atividades – gera conflitos. Nesse sentido, é importante registrar que houve uma greve que causou uma redução da capacidade de atendimentos durante o período do estudo.

Reconhecer a perspectiva do paciente é importante para a compreensão dos profissionais sobre as demandas. No entanto, não altera a sensação negativa dos profissionais da UPA sobre atenderem a maioria de pacientes verdes, largamente apontada na literatura em estudos nacionais^{3,15}, assim como locais^{12,13,17}.

A procura pelos serviços de urgência pode decorrer das experiências pessoais dos usuários, de autopercepção quanto à gravidade da doença, por conveniência e/ou crença em maior resolutividade desse tipo de serviço¹². Os gestores e os profissionais compreendem que a urgência de baixo risco deve ser incorporada pela APS. Poucos profissionais ainda creem que a APS não é lugar para a urgência, como alguns ACS. Autores indicam que APS com processo de trabalho pautado no atendimento de rotina gera lacunas que não possibilitam uma porta de entrada abrangente¹⁸, que acolhe as demandas de urgência.

Os usuários reconhecem a APS como lugar de atendimento imediato, como em outra área do município com UPA integrada à APS¹⁶. A escolha da UPA está condicionada à gravidade e à avaliação de que a APS não irá resolver o problema do usuário¹³. Os usuários, apesar de praticarem uma boa utilização dos diferentes serviços, utilizam sua experiência como definidora de escolhas.

O território é produtor de mobilização e demandas¹⁹. A territorialização, no cenário da ESF, também no presente estudo, permanece como um grande desafio a ser enfrentado no cotidiano, pois agrega os espaços de poder, determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e equipamentos sociais²⁰. O número ainda elevado de pessoas atendidas por equipe e a alta vulnerabilidade social complexificam o trabalho das equipes¹⁰.

Evidenciou-se, pela experiência dos gestores e profissionais, que a demanda é fortemente influenciada pela pobreza e fragilidades socioambientais. A ESF mostrou-se mais sensível às questões sociais, invisibilizadas em outros contextos¹⁴. Houve insatisfação dos profissionais da UPA com o fechamento da APS durante tiroteios, o que tem ocorrido frequentemente no território estudado no Rio de Janeiro¹⁰.

O acesso é um componente estrutural para a obtenção do cuidado na APS²¹. Para ser coordenadora do cuidado, a APS precisa estar integrada em rede¹. Identificou-se maior capacidade de atendimento na APS, com a UPA como retaguarda, além de sincronia entre os serviços¹⁶.

Os gestores da UPA confiam mais na ESF local do que na APS de outros territórios. Entretanto, persistem dúvidas sobre a qualidade técnica para atender urgências na ESF²².

Sob o ponto de vista dos profissionais que atuam na ESF, acolher o paciente por equipe foi um ponto valorizado, já que vínculos fortalecidos proporcionam potência para compreensão das demandas²³.

Apesar do benefício do vínculo, há um questionamento de o primeiro contato no serviço estar sob a responsabilidade do ACS, mesmo havendo apoio da equipe de enfermagem. As equipes de ESF avaliam os riscos e vulnerabilidades de acordo com seus conhecimentos e vivências práticas, o que legitima a sensação de insegurança. Há ausência de protocolo de avaliação de riscos para apoiar o acolhimento^{24,25}.

Outra questão que mobilizou os entrevistados foi a permanência, na UPA, de pacientes com indicação de internação pela ESF, caracterizando dificuldade de acesso ao leito hospitalar. Essa preocupação local com a internação na UPA já foi evidenciada no município do Rio de Janeiro²², fato que se caracteriza como um fenômeno nacional³.

A atual crise na saúde do município foi apontada firmemente pelos gestores como um importante obstáculo à qualidade do atendimento. Houve, a partir de 2016, a diminuição da

receita municipal destinada a 'Ações e Serviços Públicos de Saúde', assim como o aumento do número de equipes da ESF sem médicos e diminuição significativa de leitos disponíveis para regulação, configurando baixa prioridade à saúde por parte da gestão municipal²⁶.

Considerações finais

A proximidade entre a UPA e a APS pode ser um elemento produtor de integração entre os serviços. Além de interagirem bem e com um nível razoável de confiança, a integração faz-se mais importante ante a dificuldade de acesso ao leito hospitalar.

Houve apropriação da ESF do seu papel de atender a pequenas urgências e da complementariedade da UPA. Entretanto, a compatibilização entre a DE e a DP aparece como um grande entrave, apesar das estratégias para ações de prevenção e promoção da saúde.

A fragilidade social produz demandas, e a ESF foi mais potente para acolhê-las do que a UPA. A fragilidade dos vínculos trabalhistas da população corrobora o padrão de atendimento centrado na urgência, devido à qual o usuário não consegue aderir à APS.

O acesso, mesmo que positivo, ainda é constrangido por longos tempos de espera para o atendimento. Um limitador deste estudo foi

não poder aferir esse tempo de espera por indisponibilidade da informação.

O nível de satisfação da população com a ESF foi significativo. O fato de ter ocorrido uma greve durante a pesquisa evidenciou que os profissionais da ESF, que fizeram parte deste estudo, dialogaram com a população sobre a crise na área da saúde.

A centralidade da APS para as redes assistenciais é potencializada pelo acolhimento das situações de urgência, especialmente se há, como neste caso, relação de complementariedade com a UPA.

Algumas estratégias podem contribuir para integrar os serviços como gestão única, sistema de informação compartilhado e oportunizar aos profissionais, como forma de capacitação, acompanhar o trabalho entre as unidades.

Colaboradoras

Constantino LR (0000-0002-2363-5557)* e O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)* contribuíram para a concepção, realização da pesquisa, redação e revisão do artigo. Santos VLB (0000-0002-6167-9833)* contribuiu para a realização da pesquisa e redação do artigo. Seta MH (0000-0003-4764-5159)* contribuiu para a concepção da pesquisa e redação do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(8):e00037316
2. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da Atenção Básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):170-177.
3. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputt LP, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(125).
4. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface*. 2016; 20(59):879-892.
5. Alves HPF. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. 2006. *Rev. Bras. Estud. População*. 2006; 23(1):43-59.
6. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
7. Junior WC, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos. [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15263026-Sistema-manchester-de-classificacao-de-risco-comparando-modelos-welfane-cordeiro-junior-barbara-lobes-de-brito-torres-maria-do-carmo-paixao-rausch.html>.
8. Deslandes SF. Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadoras. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 193-217.
9. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 2011; 171(13):1150-1159.
10. Neto GCC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(1).
11. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 24(supl1):e190600. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>.
12. Godoi VCG, Ganassin GS, Inove KC, et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enfer*. 2016; 21(3):1-8.
13. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc*. 2013; 22(1):211-223.
14. Ribeiro LA, Scatena JHG. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde debate*. 2019; 43(7):126-140.
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015 (CONASS Documenta, 28). [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf.
16. Soares SS. Desigualdade e Dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 95 p.
17. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis: Rev de Saúde Colet*. 2015; 25(2):525-545.

18. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*. 2014; 38(103):692-705.
19. Machado FRS, Guizardi FL, Lemos ASP. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(3):e0022151.
20. Lima CA, Moreira KS, Costa GS, et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(1):e0018710.
21. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-737.
22. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2019; 29(2).
23. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):165-179.
24. Faria RC, Campos EMS. 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. *Revista de APS*. 2012; 15(2):148-157.
25. Vieira EW, Gazzinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saúde Soc*. 2017; 26(2):448-462.
26. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, et. al. A Crise e a Saúde: Implicações para a Política, a Gestão e o Cuidado. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):25.

Recebido em 24/07/2020

Aprovado em 20/04/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa Teias Manguinhos. ENSP-043-PPE-14-2-4