

# **Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: conflitos e possibilidades**

Health care networks and users' demands by the Emergency Care Unit: conflicts and possibilities

Redes de atención a la salud y las demandas de los usuarios por la Unidad de Pronto Atención: conflictos y posibilidades

Greici Capellari FABRIZIO <sup>(1)</sup>

Keli Cristina MAROCCO <sup>(2)</sup>

Daniela Savi GEREMIA <sup>(3)</sup>

Lilian Cristina Galão da COSTA <sup>(4)</sup>

Angelina de Mesquita Moreira GALUPO <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>(2)</sup> Hospital Regional São Paulo, Xanxerê, SC, Brasil.

<sup>(3)</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina, Chapecó, SC, Brasil.

<sup>(4)</sup> Prefeitura Municipal de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil.

**Recebido:** 29 mar 2018

**Revisado:** 27 maio 2018

**Aceito:** 6 jun 2018

## **Autor de**

### **correspondência:**

Greici Capellari Fabrizzio  
greicicapellari@gmail.com

### **Conflito de interesses:**

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

## **Resumo**

Este estudo buscou identificar o perfil das demandas pelo serviço de urgência e emergência de uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Chapecó. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, realizado por meio de dados secundários dos atendimentos realizados de abril a julho de 2014. Os dados foram analisados pelo *software* SPSS versão 20.0. Os resultados encontrados apontaram nos seis primeiros meses de funcionamento uma média de atendimentos médicos diários de 162,32, o esperado para uma Unidade de Pronto Atendimento de porte II. Entretanto, a maioria das demandas dos usuários foi de serviços e cuidados que não se encaixam no escopo de atendimento desse serviço. Foi possível observar o elevado número de atendimentos médicos por diagnósticos não emergenciais no serviço de média complexidade, devido à difícil compreensão do itinerário terapêutico que devem seguir na rede de serviços de saúde.

**Descritores:** Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.



**Abstract**

This study sought to identify the profile of the demands by the emergency and emergency service of a Emergency Care Unit of the municipality of Chapecó. This is a descriptive, quantitative study, performed using secondary data from the consultations conducted from April to July 2014. Data were analyzed by SPSS software version 20.0. The results showed an average daily medical care of 162.32 in the first six months of operation, which was expected for a UPA II. However, most of the users' demands were services and care that do not fit the service scope of this service. It was possible to observe the high number of medical consultations for non-emergency diagnosis in the service of medium complexity, due to the difficult understanding of the therapeutic itinerary that should follow in the network of health services.

**Keywords:** Health Services Needs and Demand; Health Services Accessibility; Emergency Medical Services.

**Resumen**

Este estudio buscó identificar el perfil de las demandas por el servicio de urgencia y emergencia de una Unidad de Pronto Atención del municipio de Chapecó. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, realizado por medio de datos secundarios de las atenciones realizadas de abril a julio de 2014. Los datos fueron analizados por el software SPSS versión 20.0. Los resultados encontrados apuntaron en los seis primeros meses de funcionamiento un promedio de atendimientos médicos diarios de 162,32, lo esperado para una UPA de porte II. Sin embargo, la mayoría de las demandas de los usuarios fueron de servicios y cuidados que no encajan en el ámbito de atención de ese servicio. Es posible observar el elevado número de atendimientos médicos por diagnósticos no emergenciales en el servicio de mediana complejidad, debido a la difícil comprensión del itinerario terapéutico que deben seguir en la red de servicios de salud.

**Palabras-claves:** Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia.

## Introdução

A superlotação dos serviços de pronto atendimento e o acesso precário aos serviços de saúde de média e alta complexidade vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos em todo o território nacional. A elevada procura pelos serviços de pronto atendimento ocorre por motivos que fazem parte do escopo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde – UBS, o que implica na importância em se discutir sobre a organização do sistema de saúde, na integração entre os pontos de atenção que compõem as redes e, sobre as responsabilidades de cada um desses serviços.<sup>1</sup>

Os sistemas de saúde podem organizar-se de forma fragmentada até a integração dos serviços. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde atuam de forma isolada e

incomunicável uns dos outros, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população<sup>2</sup>. Nesse tipo de sistema, a atenção primária, a qual deveria ser a organizadora de todo esse complexo sistema, não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, que por sua vez também não articula com a atenção terciária nem tão pouco com os sistemas de apoio ou os sistemas logísticos.<sup>2</sup>

As Redes de Atenção à Saúde – RAS surgem visando a integração desses serviços. Entre essas redes destaca-se como prioritária a Rede de Urgência e Emergência – RUE a qual dentro da Atenção Primária a Saúde – APS, tem como incumbência à ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e a responsabilização, bem como o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção se necessário.<sup>3</sup>

Desta forma, para que as RAS se estruturem e sejam efetivas com um percurso terapêutico pré-estabelecido ao usuário é importante que o sistema público brasileiro que atualmente é baseado em uma concepção hierárquica e piramidal, seja gradualmente substituído por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, transitando desde o nível de menor densidade, até o de maior densidade tecnológica.<sup>2</sup>

O Ministério da Saúde – MS nos últimos anos tem avançado nas políticas para consolidação da RUE por entender que esta representa uma potencialidade de reestruturação da rede pública de saúde.<sup>4</sup> Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria nº 1863/GM, como forma de facilitar a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas, entre outra.<sup>5</sup>

Ao longo dos anos, novas portarias foram criadas que versam sobre o incentivo financeiro para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação

e operacionalização das centrais SAMU. Como também, a criação de portaria que estabelece condições para o fortalecimento e implementação do componente e organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, bem como as diretrizes técnicas e financeiras de fomento a regionalização da Rede Nacional SAMU.<sup>6</sup>

Desde então, o MS tem proposto novas articulações para a organização das RAS como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, como forma de promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, bem como a transparência na alocação de recursos.<sup>4</sup>

No Brasil, os serviços de urgência e emergência são organizados por meio da RUE que atende a diferentes condições sendo composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Para tanto, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e transversal a todos os componentes, devendo estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.<sup>4</sup>

Ainda, acrescenta-se que a RUE visa articular todos os serviços de saúde que prestam atendimento às urgências médicas, ampliando e qualificando o acesso aos componentes do sistema, garantindo agilidade nos atendimentos.<sup>3</sup>

Em relação à implantação dessa rede de serviço, esta deverá ser executada de forma pactuada entre as três esferas de gestão permitindo uma melhor organização da assistência, sistematização dos pontos de atenção, definição dos fluxos e das referências ao buscar modificar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, de acordo com a demanda dos serviços.<sup>4,6</sup>

Nessa perspectiva, em 2011 foi instituída as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento – UPA. As UPAs 24h são estruturas de média complexidade ou de complexidade intermediária entre as UBSs e a rede hospitalar e devem ser implantadas em locais estratégicos, visando à configuração das redes de atenção às urgências em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.<sup>7</sup>

Ademais, as UPAs 24 h devem compor pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.<sup>4</sup> As UPAs podem ser classificadas em três portes: I, II e III, os quais são definidos de acordo com a população do município, a estrutura, o número de leitos, gestão de pessoas e a capacidade diária de atendimento.<sup>7</sup> Em relação ao custeio mensal das UPAs a responsabilidade é compartilhada de forma tripartite entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sendo os valores estipulados de acordo com o porte.

Nesse sentido, resgatando a literatura em relação ao tema, identificaram-se que 65% dos pacientes atendidos nos estabelecimentos de emergência poderiam ter sido atendidos em ambulatórios e ainda, desses pacientes, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia, contribuindo assim para o aumento da demanda inadequada, gerenciamento precário de recursos e dificuldades em realizar um planejamento efetivo, entre outros entraves<sup>8</sup>

É importante destacar, que mesmo com a implementação das UPAs e das ações desenvolvidas pelo MS, estudos apontam para um número expressivo de atendimentos que se encaixam no escopo de atendimento da rede básica de saúde. Diferenças entre a lógica da população e a lógica do técnico entre outros fatores, determinam a utilização de serviços de saúde. Além da disponibilidade e da proposta de um modelo hierarquizado, integrado e regionalizado pois os usuários esperam obter o mesmo tipo de atendimento à saúde nos distintos pontos.<sup>1, 9</sup>

Atuar com um modelo de atenção que dê vistas às condições agudas, possibilite identificar breve e precocemente a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência. Dessa maneira, permite definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, por meio da adoção de um modelo de triagem de risco que se dá a importância do fortalecimento das UPAs.<sup>2,7</sup>

Diante desse contexto, pretende-se com esse estudo identificar o perfil das demandas pelo serviço de emergência de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas em um município polo do oeste catarinense. Espera-se com este estudo contribuir com a organização destes dados, para que sejam utilizados como ferramenta de planejamento das ações em saúde, e consequentemente reduzir as superlotações no serviço de urgência e emergência.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa descritiva por meio de dados secundários dos atendimentos realizados na UPA 24h do município de Chapecó-SC. A pesquisa quantitativa tem como objetivo descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características, sendo especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.<sup>10, 11</sup>

Os dados foram coletados durante os meses de abril a julho de 2014. A unidade do estudo conta com uma estrutura de 1.723,52m<sup>2</sup>, tem capacidade para atender uma população de 100.001 a 200.000 habitantes e até 300 pacientes por dia, classificada como porte II. Para tanto recebe R\$175.000,00 de custeio do MS e a complementação dos recursos necessários ao custeio é de responsabilidade do Estado e do Município, em conformidade com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite.

Essa unidade ainda conta com uma equipe de cerca de 70 profissionais de caráter multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, equipe de higienização, motorista, auxiliar administrativo e segurança. Apresenta 05 consultórios, 12 leitos de observação e 2 leitos de isolamento.

Para a coleta dos dados, foi necessária a busca pelos relatórios gerados a partir do prontuário eletrônico integrado do município (*WinSaúde*). Este sistema de informação é

alimentado por todos os profissionais que atuam na rede municipal de saúde, onde são registradas, em cada atendimento, no prontuário de cada usuário todas as atividades realizadas. O *WinSaúde* permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso as informações dos usuários, os atendimentos realizados e os motivos, os agendamentos, os procedimentos e encaminhamentos, a fim de conhecer o perfil de demandas e necessidades que cada usuário apresenta nos serviços públicos de saúde.

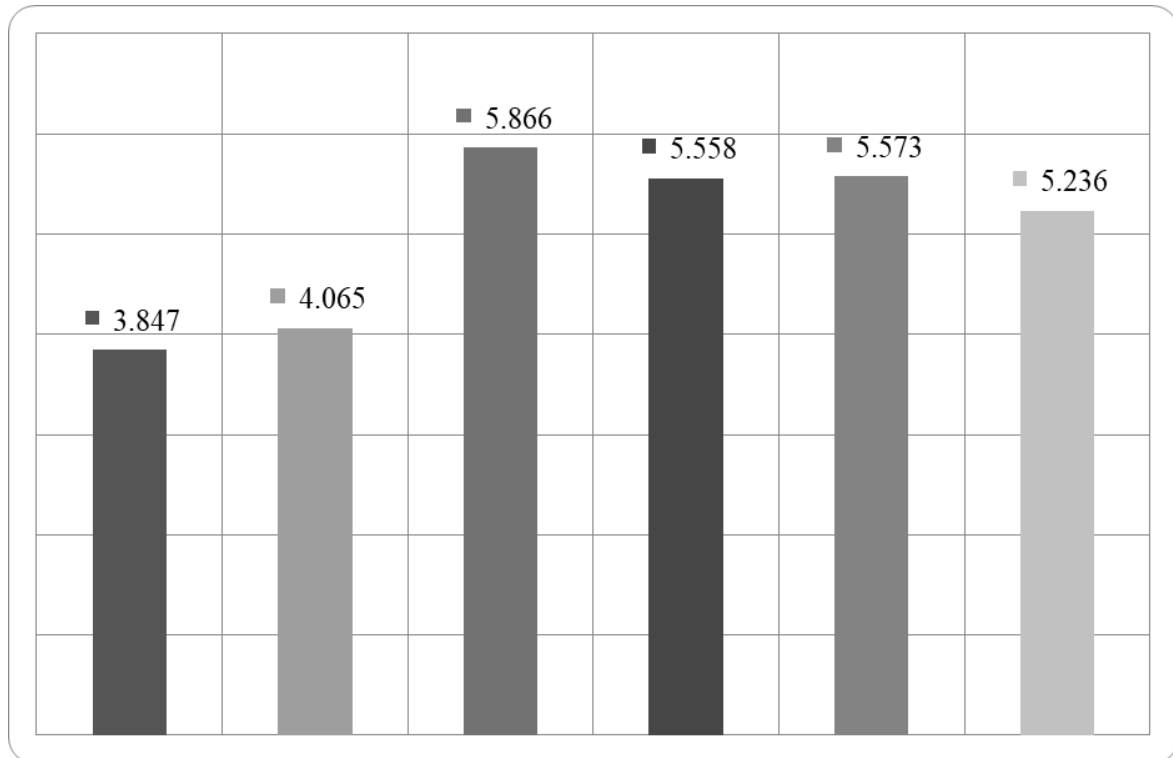
Além disso, por meio desses indicadores, tem-se uma base de dados onde se podem imprimir relatórios diários do que vem sendo feito na instituição como: número de atendimentos, diagnósticos, procedimentos realizados, classificação de risco dos pacientes atendidos, medicamentos prescritos, entre outros.

As variáveis independentes ao desfecho do estudo (a demanda pelos atendimentos) foram idade, sexo, diagnóstico do atendimento, quantidade de manifestações e referência do atendimento. Para a análise dos dados foi utilizado o *software* SPSS versão 20.0.

O protocolo de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética devido à natureza pública e administrativa dos dados, que não incluíam identificação do trabalhador ou da empresa. No entanto as informações foram tratadas rigorosamente com confidencialidade, respeitando os critérios da beneficência e não maleficência da produção científica, conforme os preceitos éticos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## Resultados

Foram realizados 116.876 atendimentos na UPA-24h do município de Chapecó-SC nos períodos de janeiro a junho de 2014. A média de atendimentos diários foi de 162,32 durante as 24 horas. Desses, 35,56% (n=42.740) ocorreram em usuários do sexo masculino, enquanto que 63,43% (n=74.136) foram do sexo feminino. O Gráfico 1 apresenta o número desses atendimentos médicos realizados segundo o mês de ocorrência.



**Gráfico 1.** Total de atendimentos médicos da UPA no período de janeiro a junho de 2014, Chapecó/SC.  
 Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *WinSaúde* da UPA 24 horas - Chapecó/SC (2014).

Foi possível identificar também que 24,7% (n=16.860) dos pacientes atendidos foram referenciados por outros serviços, e 30,42% (n=20.738) dos usuários procuraram o serviço sem encaminhamento ou indicação de profissionais de saúde, buscando atendimento por conta própria.

Em relação à idade, o grupo etário atendido de maior proporção ocorreu entre 20 a 39 anos, sendo a maioria dos usuários que buscaram atendimento, do sexo feminino. O Quadro 2 apresenta o número de atendimentos por faixa etária, no período de janeiro a junho de 2014.

Faixa etária	Quantidade de atendimentos médicos
Menores de 1 ano	75
1 a 4 anos	150
5 a 9 anos	180



10 a 14 anos	2.516
15 a 19 anos	9.913
20 a 39 anos	56.155
40 a 49 anos	17.600
50 a 59 anos	15.832
Acima de 70 anos	6.411
Total	116.876

**Quadro 2.** Faixa etária da população atendida na UPA 24h, segundo quantidade de atendimento e sexo. Chapecó/SC

Fonte. Elaboração própria a partir dos dados do *WinSaúde* da UPA 24 horas - Chapecó/SC (2014).

Na Tabela 1 estão descritos, por ordem de ocorrência os principais diagnósticos dos usuários da UPA. Os principais motivos a serem destacados são as causas mais comuns de procura pelo atendimento da unidade, as quais envolvem amigdalite; cervicalgia; diarreia, gastroenterite, colite e outras enterites virais; doenças em vias aéreas superiores (infecção, nasofaringite, sinusite); infecção do trato urinário; dor localizada no abdômen superior e inferior; cefaléia.

**Tabela 1.** Principais diagnósticos em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Chapecó/SC.

Diagnósticos	Quantidade de manifestações	Porcentagem
Infecções das vias aéreas superiores	2033	15,55%
Alterações do trato gastrointestinal	1677	12,83%
Dor nas costas	1246	9,52%
Infecção do trato urinário	735	5,62%
Cefaléia	566	4,33%
Desconforto digestivo	467	3,56%

Hipertensão primária	271	2,07%
Tosse	169	1,29%
Tontura e instabilidade	165	1,26%
Dor articular	154	1,17%
Conjuntivite aguda	136	1,04%
Alergia	120	0,91%
Ansiedade	112	0,85%
Cólica nefrética	110	0,84%
Outras	4762	36,55%
<b>Total</b>	<b>13065</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do *WinSaúde* da UPA 24 horas - Chapecó/SC (2014).

## Discussão

Foi possível identificar nesse estudo o perfil da demanda dos atendimentos dos usuários nas UPA-24h, ainda, que grande parte desses atendimentos poderiam ter sido realizados em unidades básicas de saúde. Acrescenta-se que cerca da metade dos diagnósticos observados são considerados sensíveis a atenção primária como as gastroenterites infecciosas e complicações, infecções de ouvido, nariz e garganta, nasofaringite, sinusite, faringite e amigdalite, hipertensão, infecção no rim e trato urinário.

Tais agravos são considerados pelo MS como reduzíveis ou evitáveis por meio de uma atenção primária oportuna e eficaz.<sup>12</sup> Por outro lado, quando tais serviços não garantem acesso e resolutividade gera uma demanda excessiva para os pontos de média e alta complexidade, implicando em custos para os serviços de saúde e deslocamentos desnecessários dos usuários.

Esse contexto aponta para a real situação e necessária mudança do modelo de atenção, em vista das condições agudas e crônicas no país. Modificar essa realidade requer a implantação das RAS de forma efetiva e organizada afim de garantir a qualidade e equidade em saúde à população.<sup>2</sup>

Nesse sentido, considerando as causas pelas quais foi buscado atendimento em uma UPA, observamos que o atendimento a estes, visando à resolução e acompanhamento dos mesmos poderia estar sendo realizado na Atenção Básica. Por meio da demanda espontânea, a qual deve ser acolhida por essas unidades e também pelo fato de não serem considerados como atendimentos de urgência e emergência, o que justifica que esses atendimentos não se encaixem dentro do escopo de serviços que são objetivos da UPA.

Acredita-se que a superlotação do serviço de urgência e emergência das UPAS se deve pelo grande atendimento de causas que podem ser atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, prejudicando o fluxo das redes. Para que não ocorra sobrecarga do serviço e a falta de articulação do trabalho em redes, é relevante que gestores dos serviços de saúde e os profissionais de saúde, que atuam nesse cenário, conheçam os princípios e diretrizes organizacionais da UPA e lancem de estratégias para ajustar a demanda desses serviços e definir o percurso terapêutico dos usuários.

A educação em saúde por meio da orientação da população pode ser um importante aliado para a efetivação do trabalho em redes, por meio da qual podemos citar a estratégia utilizada pelo município em distribuir folders educativos, explicando em quais situações deve ser procurada uma UBS e outras situações que devem ser procurada a UPA. Nesse sentido, O'dwyer, Oliveira e Seta apontam a relevância da educação permanente e do uso de protocolos que ajudem na tomada de decisão dos profissionais sobre os atendimentos a serem realizados.<sup>8</sup>

Da mesma forma, como identificado em outros estudos, nota-se uma procura elevada de atendimentos na UPA, o que é significativamente por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, demonstrando a fragilidades da integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível.<sup>1</sup>

Estes serviços se tornaram uma válvula de escape no atendimento às populações, reconhecido como a porta de acesso imediata para o cidadão. Porém, esses serviços vêm atendendo uma demanda cada vez maior de pessoas à procura de atendimento de todo

tipo.<sup>1</sup> Na maioria das vezes ocorre uma distorção no fluxo adequado de pacientes na rede de serviços de saúde, que causa sobrecarga de atendimentos nos serviços de urgência e emergência e no acúmulo diário de tarefas.<sup>9</sup>

O que se observou na pesquisa é que a utilização inadequada dos serviços de saúde da UPA podem trazer prejuízos para todos os pacientes, graves ou não. No primeiro caso a superlotação dificulta o atendimento e o diagnóstico precoce, e quanto ao segundo, à espera pelo atendimento pode ser longa, o seguimento e a longevidade do cuidado são afetados, o que muitas vezes é necessário.

O método de classificação de risco adotado pelos serviços de atendimento à urgência e emergências vem contribuindo para a diminuição deste cenário. Com a classificação de risco os casos classificados como emergentes são atendidos primeiro. Entretanto observa-se no quadro dos atendimentos, apresentado na Tabela 1, que os maiores números dos atendimentos são por causas que podem ser solucionadas nas unidades básicas de saúde.

É importante reforçar que APS age como o cerne da comunicação nas RAS, distinguindo às condições crônicas das condições agudas de saúde. Tem como papel a regulação dessas condições com os serviços de saúde. Assim, espera-se que por meio de estratégias como o atendimento por demanda espontânea, em especial nas unidades de pronto atendimento ambulatorial ou ainda no contexto hospitalar, a atenção a saúde seja contínua, integral e longitudinal.<sup>2</sup>

Em estudo realizado para identificar a demanda dos serviços do pronto-socorro de um município de São Paulo, constatou-se que as principais demandas do pronto-socorro foram devido a queixas agudas e envolveram desconforto físico, compondo uma sintomatologia característica de processos terapêuticos de atenção básica, além de aspectos emocionais e de necessidades consideradas não urgentes. De acordo com o estudo, a maior demanda de atendimentos foi devido a situações acidentais, como trauma, fraturas, quedas, torções e queimaduras, com aproximadamente 14,52% dos casos. Seguidos por problemas respiratórios (11,97%) e sintomas como febre (11,38%), dores gerais pelo corpo (8,98%),

intercorrências gestacionais e sintomatologias, com cerca de 8,08% e atendimento para retorno em consultas, como pós-operatórios, aplicações de medicamentos, curativos e até mesmo consultas com médicos em suas mais diversas variedades com 8,08%.<sup>13</sup>

Em relação aos fatores que estão associados com o uso dos serviços de urgência, estudos realizados no município de Pelotas/RS, para investigar as características da demanda do serviço de emergência e os fatores associados com uso inadequado, identificou que a inadequação na utilização do serviço está relacionada com as barreiras de acesso à atenção primária, o horário de funcionamento das unidades e as dificuldades para agendamentos.<sup>14</sup>

A procura pelas unidades de pronto-atendimento como forma de primeiro acesso ao serviço de saúde pode estar relacionada com a oferta de serviços de diferentes tipos e perfis de atendimento existentes, o que dificulta para os usuários identificar qual é o serviço de saúde que mais se adequa a sua demanda.<sup>2</sup>

Os dados observados durante a realização do presente trabalho, apontam para o inadequado uso dos serviços de saúde por parte da população local e regional. Estudos já realizados, sobre essa temática identificaram como fatores que levavam ao uso inadequado dos serviços de emergência, as barreiras de acesso à atenção primária, o horário de funcionamento das unidades e as dificuldades para agendamentos.<sup>3</sup>

Devido a esses fatores estudos apontam para a superlotação das emergências constante, sendo a principal causa à baixa resolutividade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar, bem como a falta de relacionamento e isolamento entre os serviços de saúde.<sup>3,8</sup>

Conforme literatura a estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva de redes traz ganhos, podendo determinar um fluxo pactuado pelos serviços de saúde. Dessa forma, uma solução mais compatível com um atendimento humanizado e coerente com a integralidade poderia ocorrer através da referência para atenção básica ofertada na porta da saída de forma efetiva, após o atendimento (consultas e exames

agendados, referências próximas às residências dos pacientes, com endereços e telefones, por exemplo).<sup>2,8</sup>

A APS tem papel fundamental na organização das RAS em geral e em particular da RUE. A integração e funcionamento das redes devem ser resolutivos, identificar riscos, necessidades e demandas em saúde, por meio da clínica ampliada. É necessário, contudo, a coordenação das linhas de cuidado, elaboração, acompanhamento e gerência dos processos terapêuticos e a organização do fluxo dos usuários na RAS.<sup>15</sup>

## **Considerações finais**

A organização da APS como porta de entrada prioritária para as redes se deve a capacidade de constituir-se como o serviço onde os problemas de saúde são apresentados, diagnosticados e tratados, sejam eles casos agudos ou crônicos. Nesse ponto de vista, infere-se que a assistência a saúde às pequenas urgências também se trata de é uma ação importante para que APS desempenhe de modo pertinente suas atribuições.

O governo federal tem empreendido esforços para que a APS alcance o seu papel de relevância na organização das RAS. Quanto as UPAs, estas se configuram um avanço para a atenção às urgências, mas, ainda precisam transpor alguns desafios, tais como: o alto valor de custeio das unidades, a falta de recursos humanos, especialmente o profissional médico, o número insuficiente de leitos de retaguarda e a pouca articulação com os serviços da APS e hospitalar, além do esclarecimento do itinerário terapêutico tanto para os próprios serviços de saúde, como para a população em geral.

Desta forma, este estudo evidenciou os conflitos em relação ao fluxo de atendimento e o percurso na rede pelos pacientes. Por outro lado, é possível identificar o amplo campo de atuação e as possibilidades no papel que esses serviços precisam desenvolver, a fim de se estabelecer o fluxo das redes de serviços de saúde do

município. Ressalta-se ainda a necessidade de definir o papel de cada serviço, associado a orientação da população.

Assim, reforçamos a importância da consolidação das RAS, de ambientes adequados para a assistência efetiva e de qualidade, da educação permanente das equipes, do uso de estratégias de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Dessa forma, espera-se que os dados identificados neste estudo possam contribuir para que estes serviços consigam repensar a organização e o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários do SUS, e assim que a APS possa cumprir seu papel frente à RUE e que as UPA 24h não se sobrecarreguem com demandas de outros serviços da rede.

Finalmente, acredita-se na necessidade dos gestores e profissionais de saúde, buscarem desenvolver e fortalecer redes flexíveis e resolutivas que atendam demandas espontâneas e programada sem urgência e emergência e evitem longos e conflitivos percursos terapêuticos aos usuários nos serviços de saúde. As possibilidades para isso são geradas a partir de constantes pactuações, negociações e solidariedade entre os distintos níveis de governo e destes com a sociedade.

## Referências

1. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan Americana de Saúde; 2011. 549 p.
3. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. J Manag Prim Health Care. 2014;5(1):170-6.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2013. 84 p.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: MS; 2006. 256 p.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, DF (2013 mar. 7). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html).
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF (2011 jul. 8); Sec 1:70-80.
8. O'dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Cien Saúde Colet. 2009; 1881-1889.
9. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). Ciencia Cuidado Saude. 2002;1(1):123-8. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v1i1.5666>.
10. Moresi E, organizador. Metodologia da pesquisa. Brasília, DF: UNC; 2003. 108 p.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, DF (2008 abr. 18). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html).
13. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. Rev Fac Odontol. 2010;15(3):247-52. <https://doi.org/10.5335/rfo.v15i3.1669>.
14. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100002>.



15. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 52:125-145.

---

## Minicurrículo

---

**Greici Capellari Fabrizzio** | ORCID: 0000-0002-3848-5694

Mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

**Keli Cristina Marocco**

Enfermeira no Hospital Regional São Paulo, Xanxerê, SC, Brasil.

**Daniela Savi Geremia** | ORCID: 0000-0003-2259-7429

Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.

**Lilian Cristina Galão da Costa**

Enfermeira na Prefeitura Municipal de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil.

**Angelina de Mesquita Moreira Galupo**

Especialista em Saúde da Família e Nefrologia. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil.