

Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde

Perceptions by users attended at an emergency care: approach to Primary Health Care

Tatiane Baratieri¹, Keroley Paes de Almeida², Maicon Henrique Lentsck³, Sonia Natal⁴

1. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina - SC, Brasil. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. UNICENTRO. Guarapuava - PR, Brasil.
2. Enfermeira formada pela UNICENTRO. Guarapuava - PR, Brasil.
3. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá - PR, Brasil. Docente do Departamento de Enfermagem da UNICENTRO.
4. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

CONTATO: Tatiane Baratieri | Rua Simeão Varela de Sá, 03 | Bairro Vila Carli | CEP 85040-080 | Guarapuava | Paraná | E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

Resumo: Objetivou-se compreender os motivos que levam os usuários a buscar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) quando o problema de saúde poderia ser resolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo descritivo, qualitativo, com 24 usuários da UPA de município do Sul do país, coleta de dados em fevereiro/março de 2015, por entrevista semiestruturada, e analisados pela análise de conteúdo. Dos resultados emanaram três categorias: descompasso entre a visão médico-centrada e a inadequação das equipes de saúde da APS para atenção à demanda espontânea; o acolhimento deficitário na APS gera dificuldades de acesso e baixa resolutividade da equipe de saúde; e desarticulação entre UPA e APS: necessidade de estruturação da coordenação do cuidado. Conclui-se que as UPAs são vistas pela população como mais resolutivas, havendo necessidade de ordenar fluxos de atendimento e educar/informar a população sobre seu funcionamento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Assistência ao Paciente. Serviços Médicos de Emergência.

Abstract: The aim of the study was to understand the reasons leading the users to seek Emergency Care Units (UPA) when the health problem could be solved in the scope of Primary Health Care (APS). This is a descriptive, qualitative study with 24 UPA's users from a municipality in the south of the country,

data collection in February / March 2015, through a semi-structured interview, and data analysis through content analysis. The results yielded three categories: mismatch between the physician-centered view and the inadequacy of the APS healthcare teams to address spontaneous demand; the poor reception at the APS leads to access difficulties and low resolution from the healthcare team; and disarticulation between UPA and APS: there is a need for structuring care coordination. It is concluded that the UPAs are seen by the population as more resolute, thus requiring the ordenation of care flows, and the education/information to the population about its functioning.

KEYWORDS: Primary Health Care. Assistance to the patient. Emergency medical services.

Introdução

A tenção Primária à Saúde (APS) vive momento especial no Sistema Único de Saúde (SUS), por ser reconhecida como prioridade entre seus eixos estruturantes. Em meio a esse reconhecimento, destacam-se desafios ligados ao acesso e acolhimento, à resolutividade das suas ações, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gerir e coordenar o cuidado, e com isso ter legitimidade social¹. A APS constitui-se no ponto assistencial prioritário de entrada do usuário no SUS para a maioria das necessidades e problemas de saúde, almejando uma resolução de 80 a 85% desses, ao oferecer atenção à saúde no decorrer do tempo e propondo melhorias por meio da coordenação do cuidado², inclusive para a urgência e emergência, conforme propõe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)³.

A busca do usuário por um atendimento aos eventos agudos ou crônicos agudizados, atualmente, envolve, no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), vários pontos de atenção à saúde, quer seja de baixa, média ou alta complexidade³. Nesse sentido, esse usuário procura pelo serviço de saúde que julga oferecer o cuidado mais adequado e oportuno à sua necessidade e que pode independe da sua classificação de urgência ou emergência.

O serviço de urgência e emergência deve prestar uma atenção adequada e ininterrupta aos usuários em quadros agudos, sejam eles de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, com potencial para gerar sofrimento, sequelas ou morte³. Atualmente, a organização dos serviços de urgência sob a lógica das RAS é distinguida como RUE, que foi instituída por meio da portaria nº 1600, em julho de 2011, com a reformulação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências³.

É sob esse contexto da RUE, que se discute o acolhimento e classificação de risco dos usuários, a diferenciação da demanda, o processo de trabalho das equipes de saúde, o cuidado e as condutas frente às necessidades e queixas, cabendo à APS ser o ponto de atenção à saúde norteador do fluxo do usuário nessa rede.

Ainda, no âmbito da RUE, outros pontos de atenção são destacados como primordiais, como é o caso da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a qual se revela, nos dias atuais, como um importante meio de acesso ao SUS, e que se constitui em uma de suas portas de entrada, com grau de complexidade intermediário entre unidade de atenção primária à saúde e rede hospitalar³.

Contudo, a superlotação de pronto atendimentos, antes mesmo da implantação das UPAs, é um dos principais entraves do modelo

assistencial brasileiro devido à distorção do fluxo de atendimento^{4,5}. Assim, historicamente a maior parte da demanda desses centros apresenta queixas não caracterizadas como urgência e emergência, as quais poderiam ser atendidas no âmbito da APS, e que acarretam ônus ao sistema, aumento das filas de atendimento, baixa resolutividade, estresse profissional e do usuário⁴.

A literatura internacional aponta para a necessidade de desenvolvimento de políticas que restrinjam o uso de pronto atendimentos pelos usuários, além de evidenciar para necessidade de mais estudos que expliquem os fatores relacionados a esse fenômeno^{6,7}. No Brasil, pode-se considerar que o modelo de atenção à saúde deve ser reorganizado de modo a fortalecer a APS, reconhecendo-a como porta de entrada. Isto remete ao usuário recorrer aos serviços de urgência e emergência, a fim de conseguir resolução dos problemas com maior rapidez, por meio de ações curativas, como consultas médicas, procedimentos, medicamentos, exames e internações, se tornando um centro que reúne soluções pontuais para diversos problemas^{6,8}.

À medida que ocorre a melhora na coordenação do cuidado entre as unidades de emergência, a atenção à saúde nesses serviços tende a se aprimorar, pois ainda observa-se uma falha na APS como ordenadora, havendo descontinuidade do cuidado, duplicidade de atendimentos e usos inadequados das unidades de urgência e emergência pelos usuários⁷.

Postula-se que a recente forma de reorganizar a APS no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), não tornou mais fácil a identificação das responsabilidades deste nível de atenção no atendimento às urgências e emergências, assim como a situação das UPAs tornou-se motivo de preocupação para a sociedade em geral e também para a comunidade sanitária, pois seu uso tem sido crescente nas últimas décadas, comprometendo a qualidade do atendimento prestado. Para tanto, conhecer os motivos que levam a população a frequentar esse serviço constitui uma ferramenta de planejamento das ações em saúde.

Com base no exposto, faz-se a seguinte pergunta: Quais os motivos pelos quais os usuários não utilizam a unidade de atenção primária à

saúde como porta de entrada do sistema? Assim, o presente estudo tem por objetivo compreender os motivos que levam os usuários a buscar a UPA quando o problema de saúde poderia ser resolvido no âmbito da APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma UPA de um município do sul do país. O município tem uma população estimada de 179.256 habitantes. Quanto aos estabelecimentos de saúde que atendem aos usuários do SUS, o município conta com: duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas que se constituem em porta de entrada para condições agudas ou crônicas agudizadas; 34 unidades de APS com cobertura de cerca de 80% da população, consideradas porta de entrada prioritária para o SUS; três hospitais gerais para os atendimentos referenciados de urgência e emergência, sendo que dois deles possuem Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal; quatro centros de atenção psicossocial; duas equipes de atenção domiciliar; uma clínica da mulher; um Serviço de Atendimento Especializado para agravos transmissíveis. Além disso, para atenção às especialidades e exames de média e alta complexidade o município conta com convênios junto a clínicas, laboratórios e consultórios privados, além de estabelecimento de consórcios intermunicipais⁹.

Para a escolha do local de estudo, considerou-se como critérios: a maior demanda entre as Unidades de Pronto Atendimento, além disso, a realização de atendimento de demanda espontânea e referenciada que apresenta mais de 200 consultas por dia; e perfil de atendimento que varia entre consulta de baixa complexidade até consulta de urgência e emergência.

Para elegibilidade dos participantes utilizaram-se os seguintes critérios: usuários que apresentassem queixa sobre sua saúde com protocolo de atendimento na APS; usuários presentes na UPA nos dias da coleta de dados e com mais de 18 anos; que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foram excluídos os usuários com perfil de

atendimento de urgência e emergência (condição aguda ou crônica agudizada); sem disponibilidade de permanecer tempo suficiente para participar da entrevista, e aqueles que se recusaram a participar.

Para a constituição da população utilizou-se do critério da saturação, ou seja, quando as informações obtidas em novas entrevistas tornam-se repetitivas, não mais contribuindo de forma significativa para a compreensão da realidade investigada, sendo considerado o momento de interrupção da coleta de dados¹⁰. Dessa maneira, obteve-se ao final um total de 25 participantes, com apenas uma recusa.

A coleta de dados se deu em fevereiro e março de 2015 por meio de entrevista semiestruturada, norteadas por questões elaboradas pelos pesquisadores, compostas por duas partes: perfil sociodemográfico dos usuários; e pela questão norteadora: Por que você procurou atendimento nessa unidade de UPA hoje? A abordagem do participante foi realizada na sala de espera, após a sua classificação de risco.

Mediante a aceitação em participar do estudo, o usuário foi entrevistado durante o tempo de espera para o atendimento, em sala reservada própria da unidade, no período em que a APS estava com as portas abertas (8h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min). Após consentimento do participante, a entrevista foi gravada, para posterior transcrição dos dados com maior fidedignidade.

Para a apresentação dos resultados, a avaliação dos dados se deu por meio da análise temática de conteúdo categorial de Bardin¹⁰, com procedimento inicial de pré-análise mediante leituras flutuantes da totalidade dos dados coletados que se configurou no *corpus* analisado, e viabilizou a formulação de interpretações e indagações iniciais. Em seguida, realizou-se leitura exaustiva do material, sua codificação, enumeração, classificação e agregação. Finalmente, foi feita a interpretação e categorização dos resultados obtidos, diante da identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas, e das inferências¹⁰, com discussão dos dados utilizando as políticas de saúde sobre o tema em questão como base.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadas pela Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde, sendo que a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, sendo aprovado por meio do parecer nº 622.737/2014. Para garantir a confidencialidade dos dados, os participantes foram diferenciados por códigos, em que os usuários foram referenciados com a letra 'U' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (U1 a U24).

Resultados e discussão

Na caracterização dos usuários entrevistados (24) identificou-se que 58% eram do sexo feminino, 58% com idade entre 20 e 40 anos e 87,5% dos usuários possuíam cobertura por unidade APS.

Da análise dos dados obtidos emanaram três principais categorias: Descompasso entre a visão médico-centrada e a inadequação das equipes de saúde da APS para atenção à demanda espontânea; o acolhimento deficitário na APS gera dificuldades de acesso e baixa resolutividade da equipe de saúde; e desarticulação entre UPA e APS: necessidade de estruturação da coordenação do cuidado.

DESCOMPASSO ENTRE A VISÃO MÉDICO-CENTRADA E A INADEQUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA APS PARA ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA

O termo “modelos de atenção” é utilizado com diversas variações terminológicas, com o intuito de designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Modelos de atenção à saúde podem ser entendidos como combinações tecnológicas estruturadas e que têm por objetivo resolver problemas e/ou atender as necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas¹¹.

No Brasil, especialmente a partir da década de 1980, têm sido envidados esforços para implementar diferentes modelos de atenção, a fim de superar os modelos tradicionais, com foco no curativo, biológico, médico-centrado e de culpabilização do indivíduo¹¹, e atualmente se tem a APS importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil¹.

[...] o que é importante pra pessoa é uma consulta com o médico (...) pouca coisa sabe, então se o médico atender evita muita coisa (...) a importância que a gente vê é de ter o médico (...) a pessoa precisa do médico pra dar aquele diagnóstico. (U3)

Outros usuários ressaltaram que o único fator desfavorável em relação à qualidade da assistência se deve à ausência do profissional médico:

[...] eu sempre fui bem atendida lá (na APS), o problema sempre é a falta do médico. (U6).

[...] eu vim aqui (no PA) porque estou mal da pressão e lá (na APS), o médico demora pra chegar. (U10)

[...] o posto está aberto de segunda a sexta, mas é difícil os dias que tenha médico. (U14)

Apesar dos esforços envidados para reorganizar o sistema de saúde, conforme apontado nas falas observa-se que a busca pela assistência continua predominantemente centrada no médico, e demonstra que ainda há necessidade de maior esforço no âmbito de todo o sistema de atenção à saúde para superação do modelo tradicional, e principalmente adoção de modelos que responsabilizem todos os profissionais de saúde pela atenção à saúde de forma resolutiva.

É premente superar a assistência à saúde pautada no reducionismo médico¹², por meio da implantação não de modelos únicos, mas sim de diversas estratégias que oportunizem a atenção direcionada às necessidades de saúde de determinada população¹¹.

Para reconhecer a APS como estratégia de mudança necessita-se repensar práticas, valores e conhecimentos, e exige-se planejamento em saúde coletiva, sensibilidade, vínculo, posicionamento crítico, reflexivo e transformador perante os desafios do serviço, e com isso utilizar de diversos modelos de atenção disponibilizados por ela. E nesse processo, a equipe de saúde multiprofissional é um expoente que pode dar garantia para que essas ações sejam integrais¹³.

Outro aspecto importante, que emanou na análise dos dados, foi a persistência do foco na medicalização, que pode ser entendida como um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como questões da saúde. A partir do século 20, principalmente, o processo de medicalização é expandido onde a maioria dos casos são voltados para os recursos da medicina e a formação do médico é caracterizada pela transmissão de um modelo hospitalocêntrico, baseado na cura das doenças¹⁴.

Observa-se que, ao abordar os usuários sobre como acreditavam que o problema poderia ser resolvido, nove dos 24 entrevistados enfatizaram a necessidade do medicamento, e como este é foco da solução do problema:

[...] então o que é importante pra pessoa é uma "consultinha" sabe, às vezes é um remedinho pra pressão alta outro pra dor de barriga. É pouca coisa, então se o médico atender evita muita coisa (U3).

[...] a vez passada eu já vim aqui (no PA) e a médica me deu uma injeção e foi louco de bom (U6).

[...] nem passei no posto pra não correr o risco de ter que ficar esperando de novo e acabar nem sendo atendida. Aqui ele já me receitou remédio (U4).

A população está habituada ao modelo tradicional de atenção, de modo que o atendimento centrado na doença se faz incisivamente presente no cotidiano de muitos usuários, evidenciado principalmente pela busca constante aos medicamentos, e resolução imediata do problema, ou seja, não há perspectiva em prevenção de agravos e promoção da saúde.

Outrossim, os usuários ainda reproduzem em suas falas comportamentos de um modelo biomédico, ao focar a busca pelo atendimento no profissional médico e na atenção curativa, representada pela procura por exames e medicamentos¹⁵. Do mesmo modo, os profissionais de saúde têm suas ações pautadas principalmente na medicalização¹³, o que implica na necessidade de orientar não somente os

usuários, mas principalmente investir em formação de profissionais para que estes sejam protagonistas para a implementação de um modelo de atenção menos imediatista e mais resolutivo.

Outro aspecto importante sobre a persistência do modelo hegemônico apontado pelos participantes foi a atuação dos profissionais de saúde no âmbito da APS:

[...] eles (profissionais da APS) não dão muita assistência pras pessoas, sabe, não dão muita importância (U20).

[...] os profissionais que atendem lá (APS) são bons, o médico que não é, ninguém gosta dele, ele é muito bruto (U1).

[...] você fala uma coisa e ele não entende, sabe, e aqui (PA) você fala e eles te tratam bem melhor, mais atenciosos na verdade (U9).

[...] às vezes as enfermeiras (enfermeiras da APS) também são muito brutas, então, resumindo, pra mim não é bom (U18).

As falas permitem identificar problemas com a atuação dos profissionais da APS, além de *déficit* no acolhimento com escuta ativa e qualificada, aspectos esses que limitam a resolutividade desse ponto de atenção, e fazem com que os usuários optem pela UPA para resolver seu problema, sobrecarregando o serviço. Assim, o profissional de saúde muitas vezes pode ser visto pelo usuário como uma barreira de acesso ao sistema de saúde, o que dificulta a prestação de um atendimento equânime e universal¹⁶.

Quanto ao aspecto acolhimento, é válido destacar que este se constitui em uma importante ferramenta para operacionalização do SUS, e é tido como uma proposta alternativa para a superação dos modelos hegemônicos. O acolhimento recomenda o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, além de modificações estruturais na forma de gestão para aprimorar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões comunitárias¹⁷.

A superação do modelo tradicional de atenção requer reorganização da APS, a fim de

que tenha profissionais aptos para atuar nesse ponto de atenção, com escuta ativa e acolhimento de qualidade, além de orientações para atender às necessidades de saúde. Ressalta-se que os modelos assistenciais biomédicos têm seus limites largamente reconhecidos destacando-se o foco no indivíduo doente e com cuidado fragmentado. Existe ainda, nas ações curativas e no tratamento das doenças, a medicalização, a ênfase na atenção hospitalar, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do homem¹².

Estudo que analisou a organização do processo de trabalho de equipes de APS no estado do Rio de Janeiro, a partir de dados do primeiro ciclo da Avaliação Externa (ocorrida entre 2012 e 2013) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), evidenciou que há alterações de paradigma na maneira de cuidar, com mudanças na visão médica centrada e dependente de procedimentos, e ressalta a necessidade da organização das demandas espontânea e programada, assim como a importância das atribuições de cada profissional para resolução dos problemas¹⁸.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde (MS), na procura pela superação dos problemas resultantes do modelo biomédico, aposta na APS como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema, no qual as atividades devem estar conduzidas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo em seu contexto familiar e sociocultural, e instituiu o PMAQ-AB visando o fortalecimento da APS no Brasil¹³, estratégia essa que tem trazido resultados positivos na superação do modelo biomédico^{18,19}.

O ACOLHIMENTO DEFICITÁRIO NA APS GERA DIFICULDADES DE ACESSO E BAIXA RESOLUTIVIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde é entendido como a entrada do usuário no sistema e utilização dos serviços, e deve ser reconhecido em um

sentido mais amplo, ao analisar as características da população, o comportamento das pessoas e a utilização dos recursos disponíveis²⁰, além de se caracterizar como um dos atributos da APS².

Os resultados do presente estudo indicam que os usuários entrevistados enfrentam problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema, decorrente da dificuldade em conseguir atendimento.

Dos 24 usuários entrevistados, 11 relataram não conseguir ficha de atendimento na unidade de atenção primária:

[...] Eu fui procurar o posto hoje cedo e não tinha mais ficha (U1).

[...] lá (APS) tem que ir de madrugada pegar ficha (U11).

[...] eu não podia ficar esperando, porque eu só saí do serviço e tive que voltar fazer almoço, não podia ficar esperando. E outra a doença não espera, se você está doente hoje, e você vai lá e tem que marcar uma ficha pra outra semana ainda (U14).

[...] se eu estou com um problema agora, como eu ia vim (na APS) de manhã (U22).

Nas falas em questão, os usuários vinculam um bom atendimento à facilidade de acesso ao serviço. Dessa maneira, a APS deve promover o acesso dos usuários ao atendimento e dar resolutividade aos seus problemas a partir da primeira procura pelo serviço; também deve ser sua prioridade reduzir o tempo de espera e garantir a atenção humanizada, por meio principalmente da organização do acolhimento à demanda programada e espontânea, que se complementa ao acesso na implementação de práticas em serviços de saúde²¹.

Apesar da reconhecida importância do acolhimento e do acesso, estudos revelam que mesmo nos locais de saúde onde o acolhimento já esteja implantado ocorrem disparidades no modo como o usuário é recebido, e perdura a dificuldade para a prestação da assistência^{22,23}.

Dados de estudo sobre o primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB identificaram que se a unidade de saúde não funcionar cinco dias por semana, a chance de satisfação do usuário diminui em 29% em comparação com uma unidade que está aberta cinco dias por semana, e se as horas de funcionamento não atendem às necessidades dos usuários, a satisfação diminui em 46%¹⁹. Essas evidências corroboram com os achados do presente estudo, que indicam que a satisfação do usuário está relacionada ao acessar o serviço no momento em que precisa dele.

Outro aspecto importante que emanou das falas foi sobre a resolutividade de seus problemas, com críticas para a APS quanto a esse aspecto:

[...] fui lá no posto, mas eles mudaram e eu não tive resposta. Já fazia 40 dias, sendo que agora o médico daqui já me passou as sessões de fisioterapia (U24).

[...] eu fui atrás de encaminhamento e falaram que era demorado e tal. E aqui da outra vez eu vim e fui atendido rápido (U24).

[...] aqui é tudo mais rápido né (U12).

[...] vim pra pegar receita mesmo (U14).

As falas em questão vão de encontro a uma das funções da APS no âmbito das RAS, que é a de ser resolutiva⁴, o que implica em superlotação das UPAs, visto que a APS não cumpre seu papel.

Estudo com usuários brasileiros ainda evidenciou que estes entendem que as equipes não tentam entender suas necessidades/problemas no âmbito unidade de saúde¹⁹, corroborando com o presente estudo. Considerando que uma parcela da demanda assistencial encaminhada a outros pontos assistenciais ocorre em virtude da baixa resolutividade na APS^{4,23}, reconhece-se que a existência da resolutividade, em todos os pontos de atenção, está condicionada a um sistema de referência e contrarreferência eficiente, a fim de que os usuários sejam atendidos em suas necessidades,

e que o serviço faça o mínimo de encaminhamentos possíveis para outros níveis de atenção¹⁵.

DESARTICULAÇÃO ENTRE UPA E APS: NECESSIDADE DE ESTRUTURAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Para responder às necessidades de saúde da população, a literatura sugere que a APS deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, sendo todos os pontos igualmente importantes para que cumpram com seus objetivos diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam².

No Brasil, a APS é responsável pela coordenação do cuidado, comprometendo-se com a elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos, assim como com a organização/ordenação do fluxo dos usuários no âmbito da RAS, sendo o centro de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e a responsável pelos usuários¹.

Observa-se nas falas que o usuário ainda encontra grande dificuldade quanto à porta de entrada no sistema, o que acarreta em uma atenção fragmentada e com baixa eficácia na produção de saúde:

[...] ou venho aqui (PA) ou vou no CISGAP (Consórcio Intermunicipal de Saúde), daí vai lá e eles perguntam porque você foi lá (CISGAP) (U2).

[...] eu fui lá (UBS) esses dias e também não tinha atendimento, daí eles mandaram eu vim aqui na urgência, e eu acabei nem vindo,(...) tinha que passar com a enfermeira chefe primeiro pra daí ela encaminhar pra ver, e como eu estou gestante então eu precisava ver com ela primeiro onde que eu vinha, se vinha na urgência (...) a outra enfermeira falou que eu tinha que ir direto no hospital por ser gestante, daí eu tive que esperar ela chegar pra daí vim (PA)(U4).

A ausência da APS enquanto coordenadora do cuidado impacta em baixa qualidade da atenção à saúde e insatisfação do usuário, evidenciando-se assim a necessidade de reestruturação da rede

de atenção a fim de que seja implementado um sistema de referência e contrarreferência adequado, o que aumentaria a resolutividade.

A literatura aponta que os usuários avaliam negativamente a coordenação do cuidado por desconhecerem os fluxos de atendimento e ter dificuldade de acesso a informações, e ao serem prejudicados quanto à continuidade do cuidado por não conseguirem transitar entre os serviços de saúde de forma adequada^{5,15,24}.

Estudos avaliativos que utilizaram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil), realizados em diferentes realidades brasileiras, apontaram que o atributo coordenação foi responsável por contribuir positivamente na avaliação da APS, com melhores resultados para coordenação do sistema de informação quando comparado à coordenação do cuidado. Entretanto, os escores encontrados para o atributo foram próximos de 6,6, sendo este o ponto de corte para avaliação positiva (>6,6) ou negativa (< ou igual 6,6) com o referido instrumento, indicando que, apesar de positivo, ainda está distante do escore máximo (10) de avaliação²⁵⁻²⁷. Estudo realizado no Canadá encontrou escore baixo para o atributo coordenação, e enfatizou a necessidade de melhorar o referido atributo da APS, tanto no que tange à coordenação do cuidado quanto dos sistemas de informação em saúde²⁸.

É válido ressaltar que estudos apontam o melhor desempenho das unidades de ESF quando comparadas às unidades de saúde tradicionais no que concerne ao atributo coordenação²⁹⁻³¹, provavelmente decorrente de maiores investimentos para expansão e consolidação da saúde da família e de políticas para institucionalizar e monitorar esses serviços³¹, a exemplo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A melhora na coordenação do cuidado se dá a partir do reconhecimento das responsabilidades de cada ponto de atenção, e da comunicação efetiva entre eles. Faz-se necessário também que cada serviço de saúde tenha responsabilidade pela atenção às necessidades de saúde da população e conheça a APS como ordenadora do cuidado².

Com base nas três categorias emanadas no presente estudo, evidencia-se que essas corroboram com o encontrado na realidade brasileira, já que o estudo apontou que os fatores associados aos serviços de saúde, em relação ao seu acesso e uso, estão relacionados a dimensões como características socioeconômicas, acesso a serviços de saúde, receptividade à demanda espontânea, formação de vínculo, responsabilização e coordenação de cuidados e mecanismos de participação e interação do usuário¹⁹, implicando ainda em um caminho a percorrer na consolidação da APS.

Considerações finais

O presente estudo reforça a necessidade da realização de avaliações constantes dos serviços de saúde a fim de direcionar a melhoria destes e sua adequação às políticas de saúde vigentes.

Apesar dos esforços para o fortalecimento do SUS e da APS como porta de entrada preferencial em âmbito nacional, os resultados apontam que ainda existe necessidade de superar modelos assistenciais hegemônicos, ampliar acesso à APS, aprimorar acolhimento à demanda espontânea e programada, e fortalecer o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado.

As UPAs são vistas pela população como mais resolutivas, especialmente pelo fato de disporem de atendimento contínuo, fato este que reforça a necessidade tanto de ordenar os fluxos de atendimento do sistema, como educar/informar a população sobre o funcionamento deste.

Apesar de não ser foco deste estudo, pode-se verificar que são necessários maiores investimentos na gestão de recursos humanos e na qualificação dos profissionais e da APS em geral, com adoção de estratégias como o PMAQ-AB, para que haja melhoria no acolhimento e vínculo além do fortalecimento do trabalho em redes de atenção de forma articulada, e, nesse sentido, estudos futuros com estas perspectivas são importantes.

Acredita-se que este estudo possa servir como subsídio para o gerenciamento e prática dos

profissionais da saúde e dos gestores municipais, fazendo com que eles tracem medidas efetivas para redução da demanda às UPAs e aumento da resolutividade nas unidades de atenção primária.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2012.
2. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 28 Ago. 2014.
4. Cassia-Brava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. Medicina, Ribeirão Preto. 2011; 44(4):347-54. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446>>. Acesso em: 15 Ago. 2015.
5. Uchimura LYT, Viana ALA, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. Saúde em Debate. 2015; 39(107):972-983.
6. Hunter C, Chew-Graham C, Langer S, Stenhoff A, Drinkwater J, Guthrie E, Salmon P. A qualitative study of patient choices in using emergency health care for long-term conditions: The importance of candidacy and recursivity. Patient Educ Couns. 2013; 93(2):335-41. Available in: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00226-7/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00226-7/pdf)>. Access in: 22 ago. 2015.
7. Carrier E, Yee T, Holzwart AR. Coordination Between Emergency and Primary Care Physicians. NIHCR. 2011; 3:1-11. Disponível em: <<http://www.nihcr.org/ED-Coordination.html>>. Acesso em: 12 Ago. 2015.
8. Olivatti FN, Brandão FAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. Revista da Faculdade de Odontologia/UPF. 2010; 15(3):247-52. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2010/v15n3/a1847.pdf>>. Acesso em: 17 Jul. 2015.
9. Relatório Anual de Gestão: Período de janeiro a dezembro de 2016. Guarapuava/PR, 2015.
10. Bardin. L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Edições 70, 2011.
11. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In.: Giovanela L, Escorel S, Noronha LVCL, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 15. p.: 459-92.
12. Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20>

- Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 23 Mar. 2015.
13. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(6):1869-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869>. Acesso em: 07 mar. 2015.
14. Menezes RA. A medicalização da esperança: Reflexões em torno da vida, saúde/doença e morte. *Amazônica*. 2013; 5(2):478-98. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/1503/1936>>. Acesso em: 16 Set. 2015.
15. Torres LM, Marques LMF, Tannure MC, Penna CMM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5):822-828. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500016>. Acesso em 16 Jun. 2016.
16. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(34):1-7. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/872/681>>. Acesso em: 22 nov. 2015.
17. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(8):2071-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018>. Acesso em: 13 Dez. 2014.
18. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):1033-43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 07 Maio 2017.
19. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valencia AMG. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05 Maio 2017.
20. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina*. 2012; 45(1):31-38. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47569>>. Acesso em: 6 Jun. 2015.
21. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003>. Acesso em: 22 Fev. 2016.
22. Schimith MDM, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011; 9(3):479-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2015.
23. Pícoli RP, Cazola LHO, Maurer NJS. Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1):01-07.
24. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2014; 38(n. especial):279-95.
25. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(2):554-61. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf. Acesso em 05 Maio 2017.
26. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;1(5):1399-408.
27. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):54-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0054.pdf>. Acesso em 16 Fev 2016.
28. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, et al. Academic family health teams Part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician*. 2016;62:23-30.
29. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
30. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde em Debate*. 2014;38(n.esp.):296-306.
31. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP* • 2016;50(2):335-45.

DATA DE SUBMISSÃO: 01/03/2017

DATA DE ACEITE: 16/05/2017