

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ADRIANA ESTEVES RABELLO

**ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O OLHAR DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE
URGÊNCIA**

VITÓRIA-ES

2017

ADRIANA ESTEVES RABELLO

**ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O OLHAR DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE
URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

**Orientador: Prof.^a Dra. Maria Angélica
Carvalho Andrade**

Vitória

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

R114a Rabello, Adriana Esteves, 1979 -
Acesso à rede de atenção à saúde: o olhar de usuários e
profissionais de saúde a partir de um serviço hospitalar de urgência / Adriana
Esteves Rabello – 2017.
157 f.

Orientador: Maria Angélica Carvalho Andrade.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Serviços de Saúde. 2. Acolhimento. 3. Assistência à saúde.
I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

Adriana Esteves Rabello

***Acesso à Rede de Atenção à Saúde: o olhar de
usuários e profissionais de saúde a partir de um
serviço hospitalar de urgência***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 28 de março de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Maria Angélica Carvalho Andrade

Prof.^a. Dr.^a. Maria Angélica Carvalho de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora

Thiago Dias Sarti

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo - Departamento de
Medicina Social
Membro Externo

Rita de Cássia Duarte Lima

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Dedico este trabalho à minha família: meus pais, que sempre me apoiaram nas minhas decisões; minha irmã, que sempre me incentivou nos desafios; minha tia, sempre com palavras de carinho; e às minhas avós, Zazá e Zezé (*in memoriam*), exemplo de mulheres à frente do seu tempo, sempre ao meu lado nas dificuldades e grandes responsáveis pelas minhas vitórias desde a minha infância. Sem eles eu não estaria aqui hoje.

Ao Giovani, meu parceiro, caminhando ao meu lado, entre tropeços e conquistas, sempre me ajudando nos dias mais cansativos física e emocionalmente. Um exemplo de profissional, pai e marido, um companheiro para toda a vida. E aos meus filhos, Maria Clara e Francisco, frutos desse amor, razões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, ao meu marido, Giovani. Ele foi o grande incentivador desde o momento em que pensei em fazer a prova para o mestrado. Meu parceiro, ajudando a cuidar de Maria Clara e Francisco, desde a prova e durante toda a caminhada do mestrado. Leu meus textos, orientou sobre o modo de escrita, preparou o escritório para que tudo ficasse bem e eu conseguisse chegar até aqui. Sem ele eu não teria conseguido. A você, meu amor, meu muito obrigada!

Agradeço à família de Giovani: Maria, seu Daniel, Daniela e Alexandre, que muito me ajudaram, cuidando das crianças para que eu pudesse terminar esse trabalho. À minha irmã e à Marcela, por me incentivarem e pela ajuda nos dias mais cansativos.

Quero agradecer aos meus colegas de mestrado, que me fizeram ter um ano de aulas maravilhoso! Era muito bom compartilhar com vocês! Cresci muito ao conviver com pessoas diferentes, idades diferentes, realidades diferentes e receber tanto afeto, carinho e abraços. Muito obrigada!

Obrigada ao PPGASC, pelo apoio, em especial à Cinara, sempre disposta a nos ajudar!

Agradeço aos professores do programa, pelos ensinamentos, pelas discussões em sala e fora dela e pelo afeto, que muito me acrescentaram e levarei comigo por toda a vida.

Agradeço aos meus queridos Lorryne, Rodrigo, Janaína e Nathalia, compartilhando tantas coisas dentro e fora do mestrado. Amores que levo aqui dentro, comigo. À Irina, minha querida. Agradeço a você também pelo afeto imenso, por aliviar minhas tensões, por sair com as crianças, obrigada pelo sorriso lindo e pelas mensagens de apoio, além do abraço apertado.

Quero agradecer à Manuela, minha amiga dessa vida e de outras vidas passadas. Minha irmã de alma, que se faz e fez tão presente. Minha velha, muito obrigada por tudo, obrigada por existir, pelo apoio, pelo seu amor. E obrigada ao seu pai, tio Julio, que me apoiou quando pensei em fazer o mestrado em Saúde Coletiva. Vocês são minha família do coração.

Quero agradecer aos colegas do NUPGASC pelas conversas, sempre produtivas, por me receber há alguns anos, sempre com carinho e afeto. O afeto muda as pessoas e fui modificada positivamente nesses anos de reuniões. Obrigada a todos, de coração. Vocês me fortalecem a cada semana. É mais do que um grupo de pesquisa, sem dúvida! Muito obrigada!

Aos profissionais do setor de Acolhimento e Classificação de Risco, que me acolheram e compartilharam suas angústias e alegrias presentes no cotidiano da porta de entrada hospitalar.

À Ana Claudia, Flavio, Pablo e Paula, pela grande ajuda durante todo esse tempo. Vocês foram fundamentais para que essa dissertação finalizasse. O incentivo, os papos, as dicas. Muito obrigada por tudo!

Erika, querida, o que seria dessa dissertação sem sua ajuda? Muito obrigada pelos conselhos, por tirar tantas dúvidas, por me acudir em momentos de desespero e obrigada pela sua presença, me ajudando e me incentivando a entrevistar os sujeitos da pesquisa.

À professora Dra. Rita de Cássia e ao querido professor Dr. Thiago Sarti, obrigada por aceitarem participar da minha banca. Ouvi atentamente todas as críticas e sugestões na qualificação e foram de extrema importância para que este trabalho caminhasse sem muitos tropeços! Muito obrigada! À Ana Claudia e Francis Sodré por aceitarem também o convite!

Por fim, quero agradecer imensamente à Maria Angélica, minha querida orientadora. Foi amor à primeira vista e estou muito feliz por ter sido orientada e dividido tantos momentos com você. Obrigada pelo incentivo, por transmitir tanto conhecimento com tanta leveza e sabedoria. Obrigada pela paciência e compreensão em meio a tantas tribulações que andei passando no último ano. Obrigada por confiar em mim e no meu tema de pesquisa. Obrigada pela parceria.

Dos medos nascem as coragens. E das dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível, e os delírios, outra razão. Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia. Nessa fé, fugitiva, eu creio.

Eduardo Galeano

RESUMO

As políticas de atenção básica e de atenção às urgências, nos últimos anos, tiveram como foco principal o fortalecimento dos serviços básicos, a instituição de uma rede de serviços integrada e a qualificação dos serviços de urgência, de forma a ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesse contexto, este estudo investigou o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no estado do Espírito Santo, a partir da verificação do perfil da demanda em um serviço hospitalar de urgência e emergência e da análise do processo de busca e utilização do serviço de urgência e emergência, sob a ótica dos profissionais e usuários do serviço de acolhimento e classificação de risco. Apoiou-se teoricamente nos conceitos de rede de Rovere e nas dimensões de acesso de Frenk. Constituiu-se como uma pesquisa descritiva exploratória, utilizando dados quantitativos secundários e qualitativos. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas e de relatos do diário de campo. Para a análise qualitativa, utilizou-se a análise temática de Bardin. Os resultados indicaram que a demanda principal foi de usuários de baixa complexidade de acordo com o protocolo de Manchester. Além disso, os retornos representaram grande quantidade de classificações e atendimentos médicos, indicando contradições sobre o propósito de um hospital de urgência. Também revelou a utilização de fluxogramas não oficiais dentro do protocolo, sugerindo a necessidade de melhor adequação e capacitação dos profissionais. Os dados qualitativos revelaram que o processo de busca e utilização é atravessado por normatizações institucionais, tensões entre usuários, profissionais e relações distantes da humanização e vínculo. A classificação de risco se mostrou pouco acolhedora, relegando a função de acolhimento ao serviço social, desvelando práticas de saúde semelhantes ao modelo de triagem clássica. Além disso, se evidenciou o sofrimento dos trabalhadores frente ao usuário. Revelou que a postura da equipe não assegura o reconhecimento e responsabilização pelas necessidades dos usuários, e a valorização do desejo de cuidado ficou mais evidente nas falas das assistentes sociais. Concluindo, esta pesquisa evidenciou que a rede de atenção às urgências ainda apresenta diversas fragilidades e barreiras na concretização da acessibilidade aos serviços, com fragmentação, pouca integração e cooperação entre os serviços, além de revelar um cenário com pouca resolutividade e humanização frente às necessidades de acesso e cuidado.

Palavras-chave: Acesso a serviços de saúde; Acolhimento; Assistência à saúde

ABSTRACT

The primary care and emergency care policies in recent years was the strengthening of basic services, the establishment of an integrated services network and the qualification of emergency services, in order to increase the user access of health services. In this context, this study investigated the process of Urgency and Emergency Attention Network implementation in the state of Espírito Santo, based on the verification of the profile demand in an urgency and emergency hospital service and the analysis of the seeking and use process of the urgency and emergency services, from the perspective of professionals and users of the reception service and risk classification. It was theoretically based on Rovere's network concepts, and Frenk's access dimensions. It is a descriptive-exploratory research, using secondary quantitative data and qualitative data. Qualitative data were obtained from semi-structured interviews and field diary reports. For the qualitative analysis, the Bardin thematic analysis was used. The results indicated that the main demand was for low complexity users according to the Manchester protocol. In addition, the returns accounted for a large amount of classifications and medical appointments, indicating contradictions about the purpose of an emergency hospital. It also revealed the use of unofficial flowcharts within the protocol, suggesting the need for better adequation and training of professionals. Qualitative data revealed that the search and use process is crossed by institutional norms, tensions between users, professionals and relationships that are far from humanization and linkage. The risk classification was not very welcoming, relegating the function of embracement to social service, unveiling health practices similar to the classic triage model. In addition, the suffering of the workers against the user was evidenced. Revealed that the risk classification team's posture does not ensure recognition and accountability for the health needs of the users, and the appreciation of the desire for care was more evident in the speeches of social service workers. In conclusion, this research showed that the emergency care network still presents several fragilities and barriers in the achievement of health service accessibility, with fragmentation, poor integration and cooperation between services, also revealing a scenario with little resoluteness and humanization in face of the needs of access and care.

Keywords: Health Services Accessibility; User Embracement; Delivery of Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dimensões da Acessibilidade	43
Figura 2	Fluxograma descritor do acesso à unidade de urgência	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DE	Demanda Espontânea
ESF	Estratégia Saúde da Família
MAC	Média e alta complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOB-96	Norma Operacional Básica no ano de 1996
NUPGASC	Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
ORDESC	Organização para Desenvolvimento Social e Cidadania
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PA	Pronto Atendimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RBPS	Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Unidade de Urgência
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

Unicamp	Universidade de Campinas
UniRio	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO	14
2	QUADRO TEÓRICO	24
2.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
2.2	A POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	35
2.3	ACESSO	41
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO GERAL	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4	MÉTODO	48
4.1	CENÁRIO DE PESQUISA	49
4.2	DELINEAMENTO	51
4.3	CONTEXTO DA PESQUISA – REFLEXÕES A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	ARTIGO 1: ACOLHIMENTO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA A ACESSIBILIDADE EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA	57
5.2	A PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DE UMA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	79
5.2.1	Sujeitos da pesquisa	79
5.2.2	Análise dos dados	79
5.2.3	Fatores relacionados à busca/demanda por serviços	80
5.2.4	Aspectos relacionados ao processo de utilização do serviço de saúde	93
5.2.5	Acesso aos serviços de saúde: do reconhecimento da necessidade de saúde à continuidade do cuidado	108
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	130
	ANEXOS	145
	APÊNDICES	148

APRESENTAÇÃO

Considero que esta pesquisa se confunde com meu cotidiano de trabalho. Ao trabalhar como plantonista no hospital, na minha especialidade de otorrinolaringologia, sempre me vi incomodada com as histórias contadas pelos usuários (e pelos profissionais do acolhimento e classificação de risco) sobre as peregrinações até a chegada ao serviço. Nunca havia compreendido como funcionavam os serviços extra-hospitalares antes e após o atendimento de urgência.

Ao longo dos anos, a realidade desses usuários se mostrou mais perversa do que eu imaginava. Ao indagá-los sobre o caminho até o atendimento, vi negativas de consultas na Atenção Básica (AB), encaminhamentos à unidade de urgência (UE) sem qualquer informação sobre o quadro de saúde ou como proceder para acessar o serviço. No contato com as profissionais, de um lado ouvia as solicitações do serviço social, para que eu atendesse um caso considerado 'não urgente', pois apresentava alguma vulnerabilidade ou havia sido deixado no hospital por ambulância e se encontrava sem condições de procurar atendimento em outro local. De outro lado, ouvia dos enfermeiros as histórias contadas pelos usuários para tentar "burlar" o sistema e conseguir atendimento na otorrinolaringologia. Por conta da minha especialidade, vi, por diversas vezes, usuários com cerume em ouvido sem ter a quem recorrer, porque não tinham nenhuma perspectiva de ter sua demanda resolvida de forma rápida. Encaminhamentos de Pronto Atendimento (PA) sem qualquer história clínica e sem atendimento médico. Algo que também me incomodava eram os encaminhamentos do interior do estado com problemas (demandas), que no meu entendimento eram simples, passíveis de resolução nas cidades de origem, mas que seguiam para minha avaliação e expectativa de resolução. Essa pesquisa pode me mostrar que a realidade é diferente da que eu imaginava, mas, infelizmente, não é melhor.

Quando pensei em fazer o mestrado, não sabia bem como iniciar, a quem procurar, como pensar em um projeto. Por força do destino, tomei coragem e escrevi a alguém que considerei com probabilidade de me ouvir. No dia em que nos sentamos para uma breve conversa, apenas para nos conhecermos, vi que eu realmente não sabia de nada e precisaria estudar muito, para ao menos saber o que falar. O grupo de pesquisa foi fundamental para isso. Graças à ética de todos os participantes,

nunca me senti em posição privilegiada durante a seleção e isso serviu para que eu sentisse a necessidade de estudar mais profundamente os temas para passar na prova e realizar o mestrado.

Durante os últimos anos, compartilhei vitórias, dificuldades, desabafei e me apoiei no afeto recebido por todos. Hoje tenho certeza de que encontrei o meu lugar, onde me sinto à vontade de compartilhar meu cotidiano e espero poder contribuir para a melhoria do nosso sistema de saúde.

Quando me lembro do início, chegando ao programa para a conversa com Angélica, e me vejo hoje, percebo o quanto esses anos foram fundamentais para me tornar uma pessoa melhor. Tentar compreender o Sistema Único de Saúde e, mais ainda, as necessidades dos usuários e todos os fatores que atravessam o acesso, teve a potência de me transformar. Talvez esse seja o maior mérito do mestrado em Saúde Coletiva e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC).

1 INTRODUÇÃO

O SUS foi instituído com a Constituição Federal de 1988 (artigo 198) e regulamentado em 1990 a partir das Leis de Base nº 8.080/90 e nº 8.142/90, apesar de grande oposição dos setores privados e da ideologia neoliberal que norteava a política dos países capitalistas. A criação do SUS deu-se após uma década de debates pelo movimento da Reforma Sanitária, incluindo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um marco da saúde do país, na qual foi lançada a proposta do SUS, delineando seus fundamentos e com a ratificação do conceito ampliado de saúde para além da ausência de doenças, como direito social de todos e dever do Estado (PAIM, 2011). Além disso, foram definidos os princípios doutrinários do SUS: a universalidade no acesso, a equidade e a integralidade, além de sua organização administrativa, passando a ser um sistema de saúde descentralizado, hierarquizado e com ampla participação social (BRASIL, 1990). Ressalta-se que, junto ao conceito ampliado de saúde, a saúde foi afirmada como direito, num novo contexto de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. Nesse novo contexto, estruturar sistemas em redes “tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da saúde-doença” (BRASIL, 2009a, p. 06), além de ser o caminho mais eficaz para que a integralidade seja concretizada como princípio instituinte do SUS constitucional (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Durante a década de 1990, houve um fortalecimento das ações voltadas à prevenção, com investimentos em torno de programas de ações básicas, fazendo parte do plano de reorganizar o modelo de atenção, com vistas à promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). De fato, a promoção à saúde exerceu grande influência na organização do sistema de saúde brasileiro, constituindo-se por uma abordagem que tenta romper com o modelo biomédico hegemônico (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Nesse contexto, políticas públicas voltadas para o fortalecimento da AB passaram a fazer parte da agenda, como a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), promovendo maior descentralização dos serviços de saúde na tentativa de expansão da universalidade do acesso, principalmente para aqueles socialmente menos favorecidos (PAIM, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). O PSF nasceu

para que houvesse uma superação do modelo de assistência à saúde, reconhecidamente um modelo ineficaz, com insatisfação da população e mantenedor de iniquidades. Nesse sentido, Franco e Merhy (2003) afirmam que o programa foi a principal resposta do governo ao questionamento sobre o modelo hospitalocêntrico em crise, no campo da assistência à população.

Nos anos 2000, o SUS se consolidou com muitos avanços, a partir do aumento da oferta de serviços, maior fortalecimento da AB, com a composição das unidades de Saúde da Família (a partir da Estratégia Saúde da Família - ESF) por equipes multiprofissionais e formulação do Pacto da Saúde em 2006 (PAIM, 2011).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde (MS), no eixo Pacto pela Vida, a prioridade era o fortalecimento da AB, com a ESF devendo ser consolidada e qualificada como modelo de AB, além de se configurar como porta de entrada preferencial ao sistema, ser resolutiva e integrada à rede de serviços (BRASIL, 2006a). Também naquele ano foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo como fundamentos (I e II) a ampliação do acesso universal e de forma contínua a serviços de saúde, atendimento de demanda espontânea (DE) e coordenação do cuidado na rede de serviços, além da ratificação da AB como porta de entrada no sistema (BRASIL, 2007a). De acordo com Giovanella e Mendonça (2012, p. 525), a PNAB

[...] ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da Atenção Primária à Saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Nessa perspectiva, destaca-se o caráter estruturante e estratégico da AB na constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No contexto de fortalecimento da AB nas últimas décadas e do ideário de um sistema de saúde conformado em redes ainda não concretizado, foram criadas, em 2010, as RAS, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, na busca pela garantia da integralidade do cuidado e ampliação do acesso e acolhimento. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade,

responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica. As RAS constituem-se como uma construção do SUS para qualificação do cuidado, principalmente, na busca pela integralidade da atenção, coerente com a proposta de unicidade do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2010).

Para constituírem-se em elementos verdadeiros de mudança das práticas sanitárias, as RAS, segundo Mendes (2014), deverão organizar modelos de atenção que sejam inovadores, para a superação dos modelos tradicionais, não adequados à situação atual de saúde brasileira, que apresenta tripla carga de doenças. Nesse sentido, de acordo com este autor, na construção social das RAS, é fundamental considerar a utilização dos modelos de atenção às condições crônicas, que, por sua vez, demandam respostas complexas e envolvem intervenções sistêmicas e coordenadas. Para Estellita-Lins (2010), romper com modelos hospitalocentrados é uma tarefa permanente e incontornável. Com esse entendimento, a estruturação das RAS depende sobretudo da existência da acessibilidade e disponibilidade aos serviços de saúde, com base na implantação de dispositivos facilitadores da integração e da articulação (NORONHA, 2014).

Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas (BRASIL, 2009a). As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na AB, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

As RAS fundamentam-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção e ordena as redes, contribuindo para que as ações de saúde estejam alinhadas às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010). Importante destacar que não há hierarquia de importância entre os pontos de atenção que a compõem. Existem diferentes tipos de poder, diferentes tipos de responsabilidade e funções diversas (BRASIL, 2009a) e, por meio das RAS, o princípio constitucional da

integralidade adquire concretude, materializando-se na integração de ações e serviços de saúde.

Após a criação das RAS, foram criadas as “redes temáticas”, chamadas de redes prioritárias, devendo ser organizadas a partir da identificação de vulnerabilidades, doenças ou agravos que possam acometer os indivíduos ou uma população (BRASIL, 2011a). A ideia força das redes temáticas, de acordo com Magalhães Junior (2014), é a potência indutora de certos temas para que o conjunto das RAS seja organizado. São consideradas redes prioritárias: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, é importante destacar que um certo serviço ou ponto de atenção passa a ser conformado como ponto de atenção que participa de várias redes temáticas, como os serviços ambulatoriais especializados e hospitais referência (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

É importante ressaltar que, dentre os objetivos das RAS, deve ser valorizado seu potencial de ruptura da situação de fragmentação. Porém, destaca-se que, apesar da instituição das RAS e da expansão da AB por meio da ESF, como estratégias para melhorar a integralidade e o acesso do usuário, ainda permanecem vazios assistenciais, integração incipiente dos serviços e fragmentação da rede (PAIM; SOLLA, 2013).

Essa fragmentação dos serviços tem sido apontada como significativamente responsável pela baixa qualidade do cuidado e pela dificuldade de acesso. A fragmentação do SUS como uma situação hegemônica impede concretamente, segundo Magalhães Junior (2014, p. 17), “o sistema de, primeiramente, ser de verdade um sistema e cumprir com seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, além do caráter descentralizado e com participação popular”.

Sousa *et al.* (2014) afirmam que há ainda muitas barreiras a serem enfrentadas, destacando-se: a restrição ao acesso, o excesso de demanda, a ausência de comunicação entre os serviços e a falta de acolhimento, indo de encontro ao modelo proposto de continuidade do cuidado e acesso a todos os níveis de atenção. Na

tentativa de ampliação do acesso, Pires *et al.* (2010) ressaltam que a desarticulação dos serviços torna-se o ponto crítico a ser trabalhado e superado. De acordo com estes autores, é fundamental a investigação da relação entre os serviços de média e alta complexidade (MAC) com a AB, principalmente em relação à demanda por serviços especializados e emergências, considerando a alta procura pela assistência nos PAs e hospitais públicos.

O atendimento às urgências, de acordo com Konder e O'Dwyer (2015), tem sido motivo de investigação em vários países, por conta do seu impacto na atenção à saúde e nos indicadores de morbimortalidade. Nesse sentido, a atenção às urgências vem se apresentando, segundo Jorge *et al.* (2014), como uma agenda prioritária, fundamentada no tamanho dos problemas encontrados na área de urgências, nas insatisfações recorrentes sobre o atendimento, além da necessidade de ações efetivas. Konder e O'Dwyer (2015) apontam para a mobilização dos diversos atores, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência e o governo federal. Assim, dentre as redes temáticas, destaca-se a RUE, criada no contexto de reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), na tentativa de promover uma maior integração dos serviços de saúde, organizando os serviços pertencentes à rede, de modo a ampliar e qualificar o acesso, diminuindo barreiras na procura para resolução das necessidades de saúde demandadas pelos usuários em situação de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna. A RUE é composta pela promoção e prevenção, pela Atenção Primária à Saúde (APS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), portas hospitalares de atenção às urgências e emergências, enfermarias de retaguarda, atenção domiciliar e inovações em tecnologias voltadas às linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica) (BRASIL, 2011a). Importante destacar que uma oferta adequada de serviços básicos de saúde é fator primordial para que diminuam os atendimentos hospitalares de urgência por condições sensíveis à atenção ambulatorial (COELHO *et al.*, 2010; MENDES, 2011).

Em relação às portas hospitalares, componente da RUE, houve a determinação da organização por meio de qualificação e ampliação desse componente, além de estruturá-lo de forma que esteja articulado e integrado aos outros componentes da rede (BRASIL, 2011b). A preocupação com as portas de entrada nos serviços de

urgência e emergência vem, ao longo dos anos, tornando-se o ponto chave na elaboração de melhorias para o setor de urgência e para a rede de serviços de saúde (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

Ainda de acordo com as autoras, a superlotação dos componentes hospitalares já é histórica, tornando a qualificação das portas de entrada um importante marco na tentativa de mudança do modelo atual, sendo a RUE uma estratégia potente para a consolidação do SUS. Jorge *et al.* (2014) apontam que a população ainda busca atendimento em serviços de pronto-socorro, por superestimar, muitas vezes, o papel do hospital na resolução de seus problemas de saúde. Nesse contexto, os hospitais ainda se configuram como importante porta de entrada para a assistência médica, fato que pode estar relacionado não somente às dificuldades de acesso oportuno aos serviços básicos, ao imaginário da população sobre os serviços hospitalares e à hegemonia do modelo biomédico mas também pela incapacidade de cuidado e de oferta de serviços no SUS (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

A partir de uma revisão sobre o tema acesso, Barbiani *et al.* (2014) verificaram que os limites ao acesso foram identificados em todos os níveis de atenção, geralmente associados ao acolhimento e vínculo. Todavia, depende necessariamente de arranjos estruturais e organizacionais do sistema. Apesar da constituição das redes de atenção, pensando nos vazios assistenciais e disparidades entre oferta e demanda, para os autores, há necessidade de um esforço coletivo para que sejam superadas todas as formas de fragmentação do SUS, iniciando-se, *a priori*, pelo acesso.

O pronto-socorro hospitalar, visto como meio mais rápido de atendimento, nem sempre tem sido resolutivo, tendo em vista as deficiências de estrutura física, de equipamentos e na qualificação de pessoas. Destaca-se, ainda, a resistência dos hospitais que insistem em operar como um serviço finalístico e não como ponto de atenção das RAS (ALECRIM & DOBASHI, 2014). Além disso, segundo Silva (2014), é comum, por parte de técnicos e gestores atuantes em outros níveis de atenção na rede, exibir pré-conceitos a respeito da AB no SUS.

Magalhães Júnior (2014) aponta que o pronto-socorro se encontra como um gargalo, superlotado, e essa situação explica-se, segundo o autor, primeiramente, pelo fluxo anormal que a insuficiência de resposta da AB motiva, ainda atravessada por

processos de trabalho que impedem o atendimento dos casos agudos, pelo pouco aparato tecnológico e também pelos horários de funcionamento das unidades, normalmente em dias úteis e no horário comercial. Segundo, a existência da fragmentação do cuidado, com a ausência da classificação de risco, superpopulação de usuários, falta de ambiência e insegurança profissional, tanto das equipes médicas quanto de enfermagem. Finalmente, de acordo com o autor, as estruturas hospitalares encontram-se com dificuldades para a utilização adequada dos seus leitos de internação e de retaguarda, além da baixa capacidade de resposta destes leitos que seja compatível com a recente realidade das emergências.

Jorge *et al.* (2014) afirmam que, após a criação da RUE, um dos maiores desafios dessa rede tem sido a reorganização da atenção hospitalar para as urgências e emergências. Para os autores, o hospital trabalha, historicamente, de forma isolada e pouco articulada com os outros pontos de atenção. Apresenta grande complexidade e contextos difíceis de promover mudanças, com centralização, ainda nos tempos de hoje, no trabalho do médico e do enfermeiro, além do foco nas ações curativas, separadas de articulação com as RAS.

Os autores afirmam que, objetivando a ampliação e qualificação da atenção nas portas hospitalares, tanto os gestores quanto os profissionais de saúde são orientados a promover uma atenção mais humanizada e qualificada, a partir da implantação do Acolhimento com o Protocolo de Classificação de Risco, além da busca pela horizontalização do cuidado nas portas de entrada e unidades de internação (JORGE *et al.*, 2014). Para Konder e O'Dwyer (2015), a política privilegia uma rede integrada e propõe sua expansão, porém, sua implementação tem sido operada de forma fragmentada e propondo modificar o padrão de atendimento nos pronto-socorros, sem que haja qualificação dos processos de trabalho e das ações dos gestores destes serviços.

As unidades hospitalares de urgência e emergência, de acordo com Estellita-Lins (2010, p. 68), “compõem um lócus privilegiado para o questionamento de uma lógica assistencial do SUS que pretende ser pautada na integralidade”.

É essencial que o manejo da situação mais aguda, numa porta de entrada de urgência, possa facilitar a continuidade do cuidado no longo prazo e estar em um fluxo contínuo com as ações da AB. Nesse contexto, acesso e acolhimento

articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (SOUZA *et al.*, 2008).

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009b). Este funcionamento, de acordo com Abbês e Massaro (2008), demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isto a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

As filas das emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção (BRASIL, 2009a). Apesar de não ter como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências, para Brasil (2009a), neste tipo de atendimento, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é uma tecnologia que tem por finalidade tornar a organização e produção do cuidado mais efetivos e eficazes, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e sofrimento de usuários e familiares, num processo de ressignificação do SUS para gestores, trabalhadores e usuários.

De acordo com Dalfior *et al.* (2015), a instrumentalização da política revela diversos obstáculos localmente “[...] permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política” (p. 223). Para os autores, a implementação de uma política deve ser afirmada como uma etapa primordial na análise de políticas públicas,

sendo crucial realizar uma análise de como os padrões locais se comportam na implementação de políticas, programas e ações, quando existe a determinação governamental.

Nesse sentido, a análise de uma rede de saúde em territórios traz à tona a necessidade de problematizar os efeitos da localização da oferta de saúde sobre a equidade, o acesso e qualidade dos serviços, além do próprio território (BRASIL, 2009a), iniciando-se um momento de reavaliação do processo assistencial deste componente, no sentido de atingir a qualificação necessária para a resolutividade e a atenção integral e em rede dos usuários.

Sob o ponto de vista de resultado, na avaliação da RUE, a principal indagação que deve ser feita junto ao usuário diz respeito à redução ou não da sua trajetória e dos tempos de espera para que suas necessidades sejam atendidas a partir do reconhecimento do sofrimento, da agudização da dor, seja ela física; seja subjetiva ou psicológica; seja uma dor refletindo inseguranças, quando não há a certeza de acesso a um parto seguro, no momento adequado (JORGE *et al.*, 2014). Assim, “é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; p. 189). Nesse sentido, de acordo com estas autoras, a categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

Com base na análise da literatura (SOUSA *et al.*, 2014; PAIM; SOLLA, 2013; PIRES *et al.*, 2010; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; JORGE *et al.*, 2014) e nos pressupostos de que as RAS e as redes prioritárias foram criadas objetivando diminuir a fragmentação dos serviços e ampliar o acesso (BRASIL, 2011; MENDES, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014), e que olhar rede de atenção a partir das portas hospitalares de atenção às urgências e emergências pode traduzir a acessibilidade do sistema de saúde (JOSEPH *apud* GIGLIO JACQUEMOT, 2005), este estudo parte do questionamento se o processo de implementação das RAS e, em particular, da RUE, está em conformidade com a política que as instituiu. De maneira mais específica, esta pesquisa questiona se, na prática, a estruturação das portas de entrada das urgências tem assegurado a acessibilidade aos serviços de saúde e sua

utilização, estabelecendo mecanismos de integração e articulação com a rede de serviços.

Este estudo integra a Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, CNPq/Decit nº 41/2013, que propõe a criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, tendo como instituição executora a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e instituições colaboradoras a Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de Campinas (Unicamp), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Compõe especificamente a pesquisa de número 6, Análise microvetorial do impacto da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), nos seus aspectos macro e micropolíticos, vetor de número 4. A pesquisa foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) e aprovada sob o parecer nº 876.415.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O movimento em torno da APS tomou forma na Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), em que foi discutido o papel da Atenção Primária como um dispositivo de atenção à saúde essencial, centrado no usuário e integrado ao sistema de saúde, redefinindo o paradigma da assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2003). Na concepção apresentada na Declaração do evento, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, incluindo também a integração com outros níveis de atenção, além de ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Esse modelo de APS abrangente não foi observado no Brasil até a criação do SUS, sendo verificado, nos países da América Latina durante a década de 1980, um modelo chamado de Atenção Primária Seletiva, apoiado por agências internacionais, a partir de ações verticais e programas focalizados, com aumento da fragmentação do sistema e mais voltado a intervenções seletivas, determinando uma “cesta básica” de serviços e desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ainda de acordo com as autoras, nesse contexto de tentativa de mudança do modelo de atenção e fortalecimento da Atenção Primária, o termo *Atenção Básica* (AB) passou a designar a Atenção Primária no SUS. A partir dos conceitos debatidos na Reforma Sanitária, o termo *Atenção Básica* foi proposto para representar o modelo de atenção primária essencial e fundamental, definições diferentes daquelas que representavam a Atenção Primária Seletiva, apoiada principalmente pelo Banco Mundial (BM).

No período anterior à Constituição Federal de 1988 e à criação do SUS, a APS encontrava-se como uma potente referência para a adoção de modelos de atenção alternativos ao modelo biomédico hospitalocêntrico, que já se mostrava ineficiente na melhoria da qualidade de vida e saúde da população, além de apresentar altos gastos para a sua manutenção (GIL, 2006).

As funções preconizadas da AB, na coordenação das redes, são fruto de políticas construídas ao longo dos anos, que visaram o fortalecimento da atenção primária e a construção de um sistema de saúde conformado em redes regionalizadas. Almeida, Fausto e Giovanella (2011) apontam que somente uma APS fortalecida

pode assumir as funções de coordenadora de cuidados e responsável pelo percurso terapêutico dos usuários. Nesse sentido, neste capítulo, optou-se por contextualizar todo o movimento de fortalecimento da AB até os dias de hoje.

O fortalecimento da AB e a implementação de serviços integrados de saúde são entendidos como uma política de reorganização do modelo assistencial, transformando-se em uma estratégia para o próprio fortalecimento do sistema de saúde, além de propiciar a consolidação de mecanismos necessários para um acesso mais equitativo, contribuindo para uma maior coesão social (CONILL; FAUSTO, 2007).

A partir da Norma Operacional Básica no ano de 1996 (NOB – 96) (BRASIL, 1996), a AB foi instituída como primeiro nível de atenção no sistema de saúde brasileiro. Nesta norma, foram incentivadas mudanças no modelo da rede básica para promover a redução das desigualdades do acesso. Todavia, apesar de ser considerado como mudança nos modos de operar a saúde, o PSF, em sua conformação e diretrizes, baseado nos preceitos da vigilância sanitária, foi implantado como um programa que focalizava populações em risco, com maior vulnerabilidade social e menor poder aquisitivo, configurando-se, nesse sentido, como uma APS seletiva, com cesta restrita de serviços e pouca articulação com a rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; FRANCO; MERHY, 2003).

Nas últimas décadas, o fortalecimento da AB foi evidenciado com o incremento das políticas públicas voltadas à melhoria do acesso e da integralidade. Desde 1994, com a criação do PSF, e posterior transformação do programa em estratégia, a AB vem ganhando mais destaque, com expressiva valorização da PNAB nos anos 2000. Entretanto, com o incremento do PSF e posteriormente, da ESF, vários desafios emergiram na tentativa da manutenção da qualidade da assistência (CASTRO; MACHADO, 2012). Também nesse sentido, Gil (2006) discute o paradoxo da ESF, pois, se por um lado cresce enquanto estratégia e política, por outro lado desvenda as fragilidades características aos processos de mudança.

Para Escorel *et al.* (2007), o modelo de AB instituído no Brasil (na forma da ESF) aproxima-se do entendimento de APS proposto por Starfield (2002), no qual o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e orientação às famílias são os atributos essenciais, constituindo-se o pensar na APS

como um modelo de atenção ampliado. Além disso, na concepção de uma estratégia voltada à mudança do modelo de atenção, a ESF tem como meta ser um substituto do modelo biomédico centrado na doença (COSTA *et al.*, 2009; ESCOREL *et al.*, 2007).

No entendimento de uma AB como APS abrangente e integral, a construção de um sistema de saúde orientado pela APS, articulado em redes, centrado no usuário e respondendo às necessidades de saúde da população, é essencial (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Ainda de acordo com os autores, é necessária uma atuação intersetorial, para que a AB não tenha sua atenção restrita ao primeiro nível, mas sirva como base para toda a atenção. Nesse sentido, fortalecer a AB torna-se um mecanismo para diminuição da fragmentação dos serviços de saúde, coordenando o cuidado na rede para que haja a ampliação do acesso e a efetivação da integralidade (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN; 2012). Para Hartz e Contandriopoulos (2004), diante da dificuldade causada pela fragmentação dos modelos assistenciais, integrar os serviços de saúde destaca-se como característica fundamental inserida nas reformas políticas embasadas na Atenção Primária.

Nesse contexto de fragmentação do sistema de saúde e necessidade de fortalecimento da AB, diversas políticas públicas foram instituídas com base em um conceito de APS abrangente. Neste momento, é importante retornarmos ao Pacto pela Saúde e à PNAB (2006), marcos normativos em relação à AB e à própria estrutura organizacional do SUS (SILVA; ANDRADE, 2014). De acordo com os autores, a PNAB destacou-se pela sua construção político-ideológica, definindo responsabilidades aos entes federativos e determinando o status de modelo de Atenção Primária à ESF. A PNAB reforça, nessa conjuntura, a instituição de um sistema de saúde organizado a partir da AB, fundamentada nos eixos da integralidade, equidade e universalidade do acesso, com descentralização dos serviços e controle social (FREITAS; MANDU, 2010). No documento do Pacto pela Saúde (2006), uma das prioridades elencadas é a ordenação do sistema em redes a partir da AB, porém pouco se observou na prática essa conformação. De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), os municípios não conseguiram, em sua maioria, organizar seus serviços ofertados para uma conformação que possibilitasse a redução das barreiras à MAC, de forma regulada e desenhada em redes. Percebe-se que ainda há comunicação insuficiente, ausência de cultura colaborativa e pouca

articulação entre prestadores e profissionais, além de disparidades na oferta para a atenção especializada (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

De acordo com Melo (2009), os documentos da época não deixam claro como deveria ser realizada a inter-relação dos outros níveis de atenção com a AB, demonstrando a falta de integração entre os níveis, com desarticulação e pouca sensibilidade às demandas advindas da AB. Mais uma vez, percebe-se que, apesar da instituição e regulamentação de normas e políticas para o fortalecimento da AB, a fragmentação da rede de serviços ainda se configura como um nó crítico a ser desatado.

Ainda de acordo com a autora, desde a década de 1990, a proposta de mudança do modelo de atenção faz parte do discurso do MS, porém com pouca concretização, pressupondo que ainda não há intenção concreta da mudança efetiva ou, ainda, que somente as práticas de saúde foram modificadas, sem que a estrutura fosse efetivamente mudada (MELO, 2009).

Alguns autores apontam que a ampliação da cobertura da AB não implicou, necessariamente, ao acesso efetivo, já que, a despeito do aumento de Unidades de Saúde da Família (USFs), foram verificadas diversas barreiras ao acesso na AB, como a baixa resolubilidade da ESF, dificuldades na absorção da DE e o tempo de espera para consulta na unidade ou em serviço especializado (AZEVEDO; COSTA, 2010; MENDES *et al.*, 2012).

Após duas décadas de implementação de políticas voltadas à AB, em outubro de 2011, uma nova PNAB foi instituída, apenas quatro anos após a publicação da última PNAB (BRASIL, 2012). De acordo com o documento, havia necessidade de revisar as diretrizes e normas para a organização da AB, na intenção de adequação normativa para uma maior consolidação da ESF, definida como prioridade para a reorganização da AB. Entre os princípios diretores da AB, encontram-se: a promoção e proteção da saúde, utilização de tecnologias complexas e variadas e a centralidade no usuário, determinando que “toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p. 21). Apesar de a modelagem em redes regionalizadas ser preconizada desde 1990 com previsão de serviços atuando de forma integrada (BRASIL, 1990), com a nova PNAB, houve uma mudança conceitual e inovadora, reconhecendo que a Atenção Primária se articula

efetivamente com outros serviços na forma de redes de atenção, iniciando-se uma consolidação do SUS no formato de redes (FONTENELLE, 2012).

De acordo com o documento daquele ano, a AB é caracterizada por

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades [...] (BRASIL, 2012; p. 19).

Nesse sentido, para Brasil (2012), a AB orienta-se pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização no atendimento, equidade do acesso e participação social, reiterando, em teoria, a norma na qual toda demanda deve ser acolhida.

Em relação às suas funções nas redes de saúde, foi definido, a partir da regulamentação da Lei 8.080, que “o acesso universal igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2012, p. 3). A integralidade da assistência, de acordo com decreto, inicia-se e se completa nas RAS. Nesse contexto, a AB foi ratificada como a base do sistema, resolutive, coordenadora do cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, além da ordenação das redes e no reconhecimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Entretanto, Escorel *et al.* (2007) destacam que, para que esse fluxo se configure de forma correta e ordenada, é necessário que a integração entre os serviços ocorra de fato, para, assim, garantir uma oferta de serviços adequada. Para Almeida, Giovanella e Nunan (2012), a coordenação do cuidado pela AB é condição necessária para uma resposta integral capaz de atender às necessidades dos usuários. As autoras compreendem que a coordenação pela AB pode ser sinônimo de integração e articulação entre os serviços, voltados ao cuidado do usuário.

De acordo com Magalhães Junior (2014), com o emblema de acesso e qualidade, a política prioritária da gestão, de fortalecimento da AB, foi compartilhada a partir da articulação na implantação das RAS, ampliando substancialmente o orçamento para a área. Nesse contexto, a AB em renovação e as RAS se constituíram como principal agenda da assistência à saúde no SUS.

As RAS foram definidas e configuradas como arranjos organizativos, visando a integralidade do cuidado, e foram implantadas como uma tentativa de mudança no modelo assistencial, para que o atendimento se dê de forma integral e contínua (BRASIL, 2010). Na discussão da conformação de um serviço em rede, Hartz e Contandriopoulos (2004) trazem uma dupla leitura sobre o tema, considerando-o como uma estrutura organizacional, com foco na produção de serviços e também como “dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis [...] num contexto de mudanças e compromissos mútuos” (p. 334). Assim sendo, quando não há integração entre os componentes, não há uma rede de serviços.

De acordo com Mendes (2011), os sistemas de saúde fragmentados, pouco integrados, são aqueles em que há diversos pontos de atenção à saúde, isolados e com pouca comunicação entre eles, portanto incapazes de atender à população de forma contínua. A conformação em redes integradas e coordenadas, como as RAS, possui uma lógica organizacional para uma assistência contínua e integral a uma população definida. Nesse sentido, o autor destaca a instituição das RAS como forma de melhoria e mudança no modelo de atenção, fundamentada na economia de escala, recursos disponíveis, disponibilidade de qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, territórios sanitários e níveis de atenção. Além desses fundamentos, Silva (2011) ressalta ainda a importância da centralidade do usuário no sistema em redes, em que linhas de cuidado devem ser instituídas para que as singularidades das demandas e necessidades dos usuários sejam levadas em conta.

A rede de atenção ainda pode ser considerada a interação, a interligação dos serviços, de forma horizontal, abrangendo todos os níveis tecno-assistenciais do sistema de saúde, com governança e elementos normativos, permitindo uma gestão racional, eficiente e harmônica, objetivando a garantia do direito à saúde (SILVA *et al.*, 2013). Ainda de acordo com os autores, toda a interligação entre os serviços

deve respeitar a autonomia dos entes pertencentes ao modelo organizativo. Desta forma, a rede deve ser pensada como um sistema organizacional, em que há reunião de indivíduos e instituições, democraticamente e de forma participativa, com objetivos comuns. Para certos autores (HOFFMANN *et al.* *apud* ARAÚJO NETO, 2014), rede deve ser entendida como um sistema em que os elementos se encontram relacionados por regras, artefatos, dispositivos e comunicação sem subordinação, atuando de forma interdependente. Assim, não há serviços denominados principais, mas sim uma complementaridade de suas ações (SILVA *et al.*, 2015). Rovere (1999), assumindo que a lógica piramidal de organização é oposta à ideia de redes, afirma que o sistema em redes necessita ter diversos nós, alguns com maior ou menor densidade e lugares de articulação. Para o autor, as redes não são como teias de aranha, não são concêntricas e sim multicêntricas, como o trânsito, com vias principais, zonas periféricas e auxiliares.

Para Mendes (2011, p. 84), as RAS podem ser conceituadas como

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

Ainda de acordo com autor, as RAS devem ser centradas na Atenção Primária, e sem ela não há redes de atenção, pois não existiria convergência e controle dos fluxos no sistema. As redes são definidas pelos serviços e pelos fluxos que os interligam, os nós da rede, com a APS respondendo pela comunicação entre os serviços e coordenando os fluxos e contrafluxos do sistema. Nesse sentido, a definição e operacionalização das RAS perpassam pela reformulação da APS, de forma a tornar-se mais resolutiva, coordenadora do cuidado, orientando os fluxos de usuários e, além do exposto, responsabilizar-se sanitária e economicamente, acolhendo sua população (MENDES, 2010).

A operacionalização das RAS ocorre a partir da interação de três elementos constitutivos: população ou região de saúde definida, estrutura operacional e o

modelo de atenção atual. A população ou região de saúde sob responsabilidade das RAS devem ser definidas a partir de parâmetros bem estabelecidos que promovam atendimento às necessidades daquele local e devem ser proporcionalmente bem divididas e distribuídas, para que a operação das redes seja viável (BRASIL, 2010). Com relação a esse primeiro elemento, Mendes (2014) afirma que o conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo e cabe à AB responsabilizar-se pela íntima articulação com a população, ou seja, não é possível atuar como coordenadora dessas redes se, no nível micro do sistema, não ocorrer o processo de conhecimento e relacionamento da equipe da unidade de AB com a população local, dividida em subpopulações e socialmente organizada em famílias.

A estrutura operacional diz respeito aos pontos de atenção pertencentes à rede, locais interligados onde são ofertados os serviços de saúde e incluem a AB, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, logística e gestão. A incompreensão da totalidade da estrutura operacional das RAS, de acordo com Mendes (2014), tem sido responsável por problemas de implantação e se manifestam na grande concentração de investimentos e energia para organizar a APS, os pontos de atenção secundários e terciários (tanto ambulatoriais quanto hospitalares), dando pouca ênfase na organização dos sistemas de apoio, de governança e logísticos.

Já o elemento denominado “modelo de atenção à saúde” organiza o funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população/regiões atendidas e as intervenções sanitárias, a partir da avaliação dos agravos prevalentes, determinantes sociais e das situações epidemiológicas vigentes em determinado período (BRASIL, 2015).

Modelos de atenção à saúde podem ser conceituados como:

[...] os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2014, p. 40).

Para que a rede funcione de forma adequada, a reformulação e fortalecimento da APS tem sido elencada por diversos autores e está condicionada, entre diversos fatores, à disponibilidade de médicos de família com formação adequada ao modelo assistencial, ações de saúde que englobem vigilância, prevenção, promoção da saúde e organização do cuidado, com objetivo de garantir sua continuidade, mediante integração com outros serviços, regulação do acesso, articulação entre o nível básico e secundário, com espectro assistencial que contemple as especialidades mais demandadas e integração com especialistas de forma matricial (SILVA, 2011). Todavia, para Mendes (2014), a coordenação proposta não consegue se efetivar integralmente por diversas razões, como a ausência de legitimidade da APS em relação aos outros pontos pertencentes às RAS, à escassa tecnologia existente nos cuidados primários, além da insuficiência de sistemas que promovam informação vertical. Ainda, de acordo com este autor, o processo de coordenação a partir da APS assenta-se em um enunciado discursivo, pois não há a criação de métodos para que, na prática social, ela ocorra de forma eficaz. Além disso, o diálogo entre os serviços de saúde, com realidades diferentes, sejam sociais, econômicas e epidemiológicas, ainda se mostra como um desafio, já que depende da capacidade de articulação entre os gestores de diferentes níveis de atenção (AGUILERA *et al.*, 2013; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). Os estudos apontam diferentes estágios de estruturação da APS, culminando em disparidades de coordenação e articulação na rede. Nesse contexto, sugerem uma atuação mais centrada no usuário e na realidade local, além de apontarem para uma regionalização dos serviços, de forma a tornar o diálogo mais coeso frente às demandas recebidas.

No contexto de fortalecimento da APS, Rodrigues *et al.* (2014) verificaram fragilidades e potencialidades em relação à APS como coordenadora do cuidado nas RAS. Entre as fragilidades, vale ressaltar o acolhimento incipiente na ESF, a dificuldade de acesso à atenção especializada e o desconhecimento dos vários pontos de atenção pertencentes às RAS pelos profissionais. Já entre as potencialidades, ressalta-se a expansão da ESF, as Centrais de Regulação, o aumento da oferta de APS com a tendência de diminuição das barreiras ao acesso e a estruturação da APS como porta de entrada no sistema. Todavia, ainda existem muitos desafios para que a APS se consolide como coordenadora do cuidado na

rede. Entre os desafios, cabe ratificar a necessidade do fortalecimento maior da ESF, com a melhoria do sistema para se consolidar como porta de entrada, aumento do investimento na AB e o rompimento das práticas que perpetuam o modelo de atenção biomédico hegemônico.

Para Mendes (2014), uma regulação assistencial que seja eficaz é primordial nas RAS, tendo como objetivos “garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa” (p. 42). Para o autor, uma nova forma de fazer a regulação deve ser implantada, programada para olhar as necessidades da população, com foco nas demandas, segundo riscos socio sanitários, equilibrando a balança demanda e oferta de serviços de forma racional.

Sousa *et al.* (2014) consideram imprescindível o fortalecimento da integração entre os profissionais de saúde e os serviços, a fim de pactuarem os fluxos de assistência da Rede de Saúde. Para Rovere (2002), a organização em redes é um meio, e o fator de coesão entre as instituições se constitui de um conjunto de objetivos comuns e compartilhados. O autor sugere que devemos inserir a ideia de “redes para”, onde o modelo de organização e integração em rede ofereça melhores serviços aos usuários, provocando mudanças sobre os problemas de saúde da população. Para isso, torna-se necessária a visualização do outro de forma global, com seus valores, suas emoções, sua racionalidade e ideias.

Refletindo sobre a integração entre os profissionais dos serviços pertencentes à rede, Rovere (1999) afirma que a integração entre as pessoas é uma conexão pessoal e que, no momento em que exista essa conexão, tanto entre pessoas quanto entre instituições, em um contexto de rede, os dois modos de relação são válidos. Assim, as redes são essencialmente redes de pessoas que se conectam e vinculam pessoas. Não são cargos que se conectam, nem instituições, por isso, afirma o autor, as redes podem ser compreendidas como a linguagem dos vínculos pessoais.

No processo de construção de redes, pessoais ou interinstitucionais, existem cinco diferentes níveis, que caracterizam a profundidade dos vínculos existentes e servem como referência para um diagnóstico da situação atual em que a rede se encontra (ROVERE, 1999; 2002).

1. O primeiro nível é o de reconhecimento, que requer e gera a aceitação. Para o autor, são frequentes as situações em que os outros não são reconhecidos como pares, nem sequer têm reconhecido seu direito de existir. Para este primeiro nível, é necessário que se aceite e se reconheça a identidade de cada um. Nesse sentido, não há como criar uma rede sem que se reconheça no outro (pessoa ou instituição) sua legitimidade.
2. O segundo nível é o de conhecimento, que requer e gera interesse. Ou seja, são abertas possibilidades de que novos atores, compreendidos em sua subjetividade, complementem ou ampliem nossa capacidade de análise. Para o autor, neste nível se encontra a capacidade de dialogar com o outro.
3. A colaboração é o terceiro nível, compreendendo a ajuda esporádica. Para este nível, é necessário haver reciprocidade e, na medida em que se colabora com o outro, essa reciprocidade também é gerada. Para Rovere (2002), quando se presta a ajuda esporádica em situações de necessidade, caminha-se para a geração de redes.
4. O quarto nível é o de cooperação, onde há compartilhamento de atividades. Para que este nível se concretize, é necessário que se construa a solidariedade. Aqui, os problemas são comuns, e as colaborações deixam de ser esporádicas e passam a ser sistemáticas.
5. A associação é o quinto nível, em que há o aprofundamento dos vínculos, alcançando uma confiança mútua. Nesse sentido, este nível é pautado pelo compartilhamento de objetivos e projetos.

Merhy *et al.* (2014) também assumem as redes em sua forma micropolítica, a partir das multiplicidades, trazendo para o cuidado em saúde as singularidades dos sujeitos e suas infinitas possibilidades. Para os autores, as redes são vivas, produtoras de encontros, diferentemente da lógica na qual o usuário é apenas o objeto, pautada na burocracia organizacional. Além disso, discutir a rede de cuidados apenas em seu contexto macropolítico acaba tendo baixa potência, pois não visualiza as experiências cotidianas presentes nas conexões entre os atores. Rovere (1999) e Merhy *et al.* (2014) convergem ao sugerir que a fragmentação presente nas redes é o que traz a potência de disparar mudanças no modo de produzir saúde. Para eles, pensar em rede é assumir a heterogeneidade dos atores envolvidos, permitindo respostas flexíveis às necessidades diversas dos usuários.

2.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

As necessidades de saúde atuais geradas pela transição sociodemográfica e epidemiológica, caracterizadas pela tripla carga de doenças, acabam não sendo efetivamente atendidas pelo modelo de atenção biomédico, essencialmente estruturado e fundamentado nas ações curativas, médico-centradas e utilizando em demasia os serviços com maior densidade tecnológica (SOARES, 2014).

Nesse contexto, tornou-se importante a revisão dos modelos organizativos que permeiam o SUS, para que haja uma atenção adequada e efetiva às necessidades atuais da população, concernentes com o aumento das doenças crônicas, permanência das doenças infectocontagiosas e o aumento exponencial das causas decorrentes da violência (SILVA, 2011; DOURADO, 2013; SOARES; SCHERER; O' DWYER, 2015).

Nesse sentido, a PNAU foi instituída, em 2003, como resposta à transição sociodemográfica, encontrando-se como parte da agenda de mudança do modelo de atenção vigente, além de constituir em uma tentativa de melhoria dos serviços de saúde relacionados, frequentemente associados à má prestação de serviços, à superlotação das unidades de urgência e o impacto que o atendimento de urgência possui na atenção à saúde e nos indicadores de morbimortalidade (O'DWYER, 2010).

A portaria GM/MS n. 2.048/2002 é considerada um marco importante para a formulação da PNAU, regulamentando os sistemas estaduais de urgência e emergência, consolidando a regionalização, implantação dos sistemas estaduais, regionais e municipais no atendimento às urgências, com a classificação e cadastramento dos serviços e regulamentação das diretrizes que serviriam para a implementação da PNAU em 2003. Nesse documento, já havia uma preocupação com as portas de entrada do sistema de saúde e a real insuficiência da estruturação da rede de serviços (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, de acordo com O'Dwyer (2010), a PNAU apresentou-se como uma política coerente, na tentativa de oferecimento do cuidado integral na atenção às urgências, desvinculando o conceito de urgência estritamente clínico, incorporando também a própria concepção do usuário daquilo que considera como urgente. Sobre

essa concepção, Giglio-Jacquemot (2005) traz uma importante reflexão sobre os sentidos de urgência entendidos pelos usuários e aqueles considerados pelos médicos, existindo uma oposição entre o que se considera válido (e objetivo) e aquilo que é considerado leigo e subjetivo. A PNAU propõe, em seu texto, incorporar a percepção advinda do usuário daquilo que ele próprio considera como uma necessidade de saúde urgente. Nesse contexto, há a proposta do olhar centrado no usuário e suas necessidades de saúde (BRASIL, 2003).

A PNAU instituiu, primeiramente, o componente pré-hospitalar móvel, o SAMU, já mediante regulação das centrais de urgência, na expectativa da melhor regulação do sistema e como observatório da rede de serviços (O'DWYER, 2010). Outros componentes (como o hospitalar, o pré-hospitalar fixo e o pós-hospitalar) não acompanharam o crescimento verificado no SAMU, permanecendo ainda com baixa implementação na prática. A AB (pré-hospitalar fixo) ainda permanecia com baixa resolutividade para a atenção às pequenas urgências, apesar da crescente necessidade em fortalecê-la como porta de entrada do sistema (DOURADO, 2013). Durante muitos anos, o SAMU foi, nesse contexto, o principal nome na agenda da política de atenção às urgências, apesar de os documentos atrelados à PNAU de 2003 reconhecerem que o modelo centrado na oferta de serviços (e não centrado no usuário) era equivocado. Um desses exemplos é a Regulação Médica das Urgências, documento para a capacitação dos diversos profissionais que atuavam nos serviços de urgência. Naquele documento, já se explicitava a necessidade de mudança no modelo de atenção vigente, observando a permanência da falta de resolutividade da AB, a falta de seguimento para os usuários atendidos nos serviços de urgência, a falta de contratualização dos serviços existentes na rede e a utilização inadequada dos serviços de urgência (BRASIL, 2006b).

Em 2009, a atenção às urgências volta a fazer parte da agenda de política pública, com as diretrizes para a implantação das UPAs, consideradas como um dos componentes do pré-hospitalar fixo, intermediárias entre a AB e as unidades hospitalares de urgência e emergência (BRASIL, 2009c). De acordo com Konder e O'Dwyer (2016), são dadas diversas justificativas para a expansão do serviço de PA, entre elas o acompanhamento das mudanças no perfil epidemiológico e social da população brasileira, a retaguarda para o SAMU, além de constituírem-se, de acordo com as portarias que as regulamentam, como um componente fundamental para a

reconfiguração das redes assistenciais (BRASIL,2009c). Todavia, a utilização das UPAs para a resolução das necessidades de saúde pode impactar nos atributos da AB, como a longitudinalidade e o vínculo, já que os PAs se baseiam na queixa-conduta, voltados ao modelo biomédico e sem a capacidade de contrarreferenciar os usuários ao serviço básico (RANDOW *et al.*, 2011).

Após a regulamentação e definição das diretrizes do SAMU e UPAs, e no contexto de reformulação e organização da rede de serviços, a Rede de Atenção às Urgências foi regulamentada pela portaria GM/MS nº 1600/2011, que reformulou a PNAU. De acordo com aquele documento, havia a necessidade de “[...] superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado [...]” (BRASIL, 2011a, p. 01), priorizando a organização e a implementação das RAS. Para a diminuição da fragmentação já conhecida, constituiu-se como diretriz a articulação e integração entre os diversos pontos de atenção. De acordo com Jorge *et al.* (2014, p. 127).

Orquestrar uma rede dessa natureza, de modo a articular todos os seus componentes para atuação integrada e sinérgica, se constitui na única alternativa para a melhoria da efetividade e da atenção ágil e oportuna às diversificadas situações de urgências e emergências.

Todavia, a articulação entre os componentes da rede pode ser dificultada pela pouca integração entre os prestadores das esferas municipais, estaduais e federais (ALMEIDA *et al.*, 2010). Faria (2014) alerta para o risco de incompatibilidade entre a oferta e a demanda, caso a rede não contemple as particularidades dos territórios. Para o autor, neste caso, as consequências serão a menor resolutividade das ações e a dificuldade em reconhecer e coordenar os fluxos. Lima *et al.* (2012), analisando a regionalização e o papel das esferas públicas no acesso à saúde, verificaram que há grandes desafios para a governança e atuação estadual orientada em prol dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional. Para os autores, a integração entre os serviços obedece às lógicas territoriais físicas, dificultando a atuação regional. Ademais, as desigualdades regionais, marcadas pela escassez de recursos no interior e concentração de tecnologias em algumas regiões acabam tornando a articulação entre os serviços mais problemática.

Mendes (2014) ressalta a identificação equivocada que pode ocorrer entre redes temáticas e programas verticais. Segundo este autor, nas redes consideradas prioritárias, os pontos de atenção secundários e terciários são os únicos componentes que estão organizados verticalmente, obedecendo à divisão técnica do trabalho que a especialização demanda. Os outros componentes que conformam as RAS (a APS, os sistemas de apoio, logístico e governança) atuam transversalmente, constituindo-se como pontos comuns a todas as redes prioritárias.

Um dos oito pontos de atenção da RUE, a AB, tem o papel de ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização, além de se constituir como primeiro cuidado às urgências e emergências, atendendo estes quadros de DE em ambiente adequado (BRASIL, 2011a). Soares, Lima e Castro (2014) apontam que as mudanças na AB em decorrência da política de urgência têm sido tímidas localmente e que o papel da AB no atendimento às urgências pouco se traduz na prática, ficando essencialmente no discurso institucional. As autoras verificaram que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) não conseguem absorver as demandas não programadas, encaminhando a maioria dos usuários para as UPAs e hospitais.

De acordo com Jorge *et al.* (2014), há três pilares necessários para que a AB possa cumprir o preconizado: o ambiente adequado, a educação permanente das equipes e a existência do acolhimento e classificação de risco nas unidades para identificação das vulnerabilidades. A sala de observação (ambiente da UBS) deve ser estruturada para que se constitua como um ponto de atenção da RUE, atuando de forma efetiva para um cuidado qualificado das situações de urgência nas unidades. Cabe ressaltar que os pilares descritos são aqueles presentes na PNAU (2006b), entretanto, utilizar a classificação de risco em unidades básicas tem gerado debates. Moreira (2014) sugere que a implantação da classificação de risco afeta o vínculo, a escuta qualificada e a resolução de demandas diversas, não contempladas com os protocolos utilizados. Em seu estudo, verificou-se que a utilização deste dispositivo pode acarretar um desvirtuamento do cerne da APS, pautado no acolhimento. Como aponta Mitre *et al.* (2012), a utilização da classificação de risco pode perpetuar a exclusão de usuários e transformar o atendimento na AB em mero PA, focalizado no dispositivo queixa-conduta, distantes do vínculo, da longitudinalidade e corresponsabilização.

Para Dourado (2013), há algumas diferenças nas atribuições da AB na RAS e na RUE. De acordo com a autora, na RAS, a AB funciona como centro de comunicação; porém, na RUE, seu funcionamento se dá como ponto de atenção, sem cumprir a função de coordenar os fluxos e contrafluxos da Rede. Essa diferença poderia facilitar uma maior fragmentação da RUE.

Outro componente da RUE, já mencionado, são as portas hospitalares (BRASIL, 2011b). Naquele mesmo ano da reformulação da PNAU, outra portaria foi instituída para a organização dos serviços hospitalares de urgência, com objetivo de enfrentar, entre outras situações, a sua superlotação (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015). Jorge *et al.* (2014) acrescentam que a reorganização desse componente é um dos grandes desafios da Rede, considerando o setor hospitalar como um ponto de atendimento historicamente isolado e desarticulado dos demais pontos de atenção. A integração entre as três esferas de gestão do SUS, de acordo com os autores, é imprescindível para que a RUE possa ser, de fato, implementada, e deve ser construída de forma cooperativa e solidária. Dentre as propostas de intervenção a serem priorizadas na implementação da RUE, destacam-se:

[...] o investimento e o custeio das portas de entrada hospitalares; o aumento do custeio e uma melhor articulação dos SAMU e UPA à rede como um todo; a qualificação da atenção e a organização das três linhas de cuidado prioritárias, quais sejam: Trauma, IAM e AVC; a implementação de estratégias para a qualificação da atenção por meio de incentivos e o aumento do custeio dos leitos hospitalares, em especial, ao paciente crítico e leitos de retaguarda clínicos; a criação das unidades de Internação em Cuidados Prolongados, entre outras propostas; e a organização da Atenção Domiciliar (JORGE *et al.*, 2014, p. 127).

As portas de entrada hospitalares de urgência foram definidas como serviços hospitalares que prestam atendimento sem interrupção (24 horas) ao “conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas” (BRASIL, 2011b, p. 2). Ainda em seu artigo 4º, a portaria define como diretrizes do componente hospitalar os princípios doutrinários no SUS no atendimento às urgências, a utilização do modelo de atenção centrado no usuário, mediante a humanização da atenção, o atendimento a partir de prioridades, com utilização do ACR, a regionalização das urgências, com acesso aos serviços de

forma regulada e articulada entre os diversos pontos de atenção, e uma atenção multiprofissional, com foco no cuidado (BRASIL, 2011b).

A avaliação de risco e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009b). Neste entendimento, do ponto de vista governamental (BRASIL, 2009b), o ACR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da atenção à saúde, numa perspectiva de rede coordenada de serviços, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. No entendimento de Brasil (2009b), a partir da implementação do ACR, todos os usuários, gestores e profissionais de saúde inseridos nos pontos de atenção estão todos direta ou indiretamente implicados na construção de redes e cogestão do cuidado, numa relação de complementaridade e interdependência (BRASIL, 2009b). Assim, o modo como os atores envolvidos com os diferentes serviços entram em relação uns com os outros é que faz toda a diferença (BRASIL, 2009a).

Nesse contexto, tanto a PNAU quanto a PNAB trouxeram para a agenda de governo uma revisão dos modelos assistenciais vigentes no Brasil, com vistas ao fortalecimento da AB e a conformação do sistema de saúde brasileiro em redes de atenção. Entretanto, na visão de Dourado (2013), ainda que tenha havido grande ampliação da AB, os serviços básicos ainda não conseguiram se organizar para que o primeiro acolhimento e a classificação de risco nas pequenas urgências sejam realizados nas unidades, como preconizado na política de urgências. Além disso, de acordo com a autora, mesmo com o esforço de construção de políticas voltadas aos princípios de rede de serviços nos últimos anos, intensas reformulações, revogações e numerosas portarias “a despeito de clarear a operacionalização dos principais componentes da rede de atenção às urgências, por apresentarem sempre novas versões, retardaram a implementação dessa rede” (DOURADO, 2013; p. 128). Ademais, apesar da estratégia de ampliação significativa das unidades hospitalares e leitos de retaguarda presente na PNAU, na prática, o aumento efetivo da oferta tem sido modesto, contribuindo, nesse contexto, para a permanência da

superlotação das UPAs e dos serviços hospitalares de urgência (JORGE *et al.*, 2014).

A centralidade no usuário e em suas necessidades de saúde são fundamentais para que se possa continuar a busca pela mudança do modelo de atenção biomédico hegemônico. Nesse sentido, há necessidade de estabelecimento do vínculo, com responsabilização da produção do cuidado em todos os pontos de atenção, principalmente na AB, tornando-se um dispositivo e instrumento do SUS para a mudança da assistência, ainda centralizado na doença, na oferta de serviços hospitalares e voltado ao atendimento de DE, para um modelo em que se priorize a construção de relações entre os setores, centralize o cuidado, de forma horizontal e com a permanente utilização da integralidade dos saberes (NASCIMENTO *et al.*, 2010; DOURADO, 2013).

2.3 ACESSO

As portarias que instituíram as RAS, a PNAB, a PNAU e o PMAQ trazem para o centro do debate a melhoria do acesso aos serviços de saúde, a efetivação da integralidade do acesso a todos os pontos de atenção e a procura pela diminuição das barreiras ao acesso (BRASIL, 2010; 2011; 2012; SOPELETE; BISCARDI, 2013).

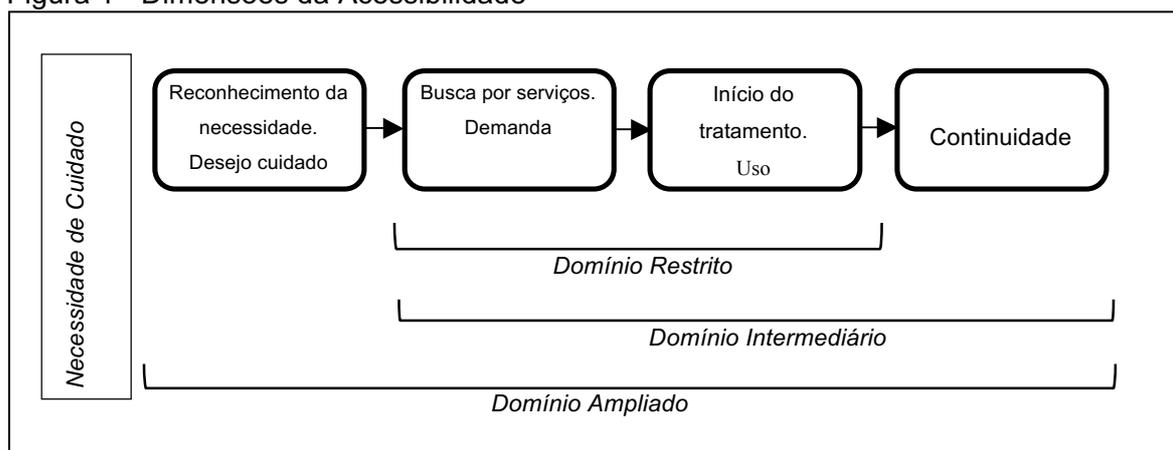
Nesse contexto, diversos estudos têm sido feitos para analisar o acesso a serviços de saúde em função da permanência de barreiras aos serviços encontradas pelos usuários, além da necessidade de viabilização de estratégias para a superação dos entraves ainda verificados (ASSIS; JESUS, 2012). Para Sousa *et al.* (2014, p. 1290), “[...] a desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas da população contribui para ampliar as iniquidades no acesso e a ineficiência do sistema de saúde”.

Definir o que seja o acesso e a busca pela criação de um modelo explicativo, que possa medir esse acesso, têm sido foco de muito interesse na literatura (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Diversos autores adotam conceitos diversos sobre o tema, com envolvimento de aspectos que se relacionam aos serviços, aos usuários e à interação entre eles (TOLEDO, 2014). No entendimento de Travassos e Martins (2004), acesso é considerado um termo muitas vezes impreciso, complexo, com pouca clareza na sua relação com o uso dos serviços de saúde. A própria

terminologia difere na literatura. Como exemplo, Donabedian (2003) prefere utilizar o termo *acessibilidade*, que pode ser conceituado como o caráter ou qualidade daquilo que é acessível. Já outros autores têm preferência pela utilização do próprio termo *acesso*, ao passo que outros não fazem distinção entre os termos *acesso* e *acessibilidade*, na medida em que ambos podem ser indicativos do grau de facilidade com que os usuários conseguem obter o cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Nesse contexto, diversos modelos teóricos foram pensados a partir de revisões de literatura, para definir o *acesso/acessibilidade* aos serviços de saúde. Esta pesquisa utilizou o modelo proposto por Frenk (1985), que propõe um duplo objetivo: a sistematização do fluxo dos acontecimentos entre o momento em que a necessidade de saúde é percebida até a conquista dos cuidados necessários, além da determinação da *acessibilidade* restrita entre as etapas de procura (demanda) e entrada nos serviços de saúde, correspondendo à utilização. Esse modelo fundamenta-se na proposta de Donabedian (2003), na qual a *acessibilidade* seria um dos aspectos da oferta de serviços e estaria relacionada com a capacidade de responder às necessidades dos usuários e produzir serviços.

Figura 1 - Dimensões da Acessibilidade



Fonte: Adaptado de Frenk (1985).

Ainda de acordo com Frenk (1985), a *acessibilidade* pode ser categorizada em três tipos: domínio restrito, intermediário e amplo. Todavia, o autor prefere limitar o termo *acessibilidade* no processo de busca pelos serviços de saúde – a demanda – e a

utilização dos serviços, ou seja, no domínio restrito. No domínio intermediário, o autor acrescenta ao domínio restrito a continuidade do cuidado, porém a diferenciação entre os dois domínios pode ser considerada pequena. Já no domínio ampliado, é dado valor aos fatores que impedem ou facilitam os processos de busca, ou seja, o momento de reconhecimento da necessidade de saúde e o desejo em ser cuidado também estariam englobados. Para Frenk (1985), o domínio ampliado pode ser definido como acesso, onde é possível observar o fluxo de acontecimentos desde o reconhecimento da necessidade de saúde/cuidado até a continuidade do cuidado (Figura 1).

Ainda segundo esse autor (FRENK, 1985), considerando que as características da oferta de serviços e as características da população são complementares, a acessibilidade é a relação entre diversos obstáculos encontrados no domínio restrito (denominados “resistência”) e a capacidade de usuários e população de ultrapassar as barreiras encontradas (denominada “poder de utilização”). O autor afirma ainda que o poder de utilização significa o conjunto de características da população que lhe permitem procurar e obter cuidados.

De acordo com Travassos e Castro (2012), o conceito de acesso é multidimensional, no qual cada dimensão retrata um grupamento de atributos da oferta, que vem atuar melhorando ou dificultando a capacidade dos usuários de utilizarem os serviços de saúde. Para as autoras, a característica de acesso mais importante seria a disponibilidade de serviços, recursos humanos e equipamentos, representando condições necessárias para a utilização. Porém, somente a disponibilidade dos serviços de saúde não é capaz de prover garantia de acesso aos serviços.

De acordo com Thiede, Akewengo e McIntyre (2014), o acesso é formado por três dimensões que se relacionam: a disponibilidade, a capacidade de pagar e a aceitabilidade, fundamentando o conceito de acesso na interação do sistema de saúde com os fatores individuais e populacionais. Para Sanchez e Ciconelli (2012), a evolução do conceito de acesso trouxe para a discussão aspectos menos perceptíveis, mais subjetivos, do sistema de saúde e dos usuários e população que o utilizam.

Para alguns autores, a análise do acesso perpassa pelo entendimento das dimensões descritas por Thiede, Akewengo e McIntyre (2014) (SANCHEZ;

CICONELLI, 2012; ESPOSTI *et al.*, 2015). A disponibilidade pode ser considerada a dimensão do acesso mais tangível. Está relacionada à existência (ou não) do serviço de saúde, no momento em que é demandado e no local apropriado. Engloba a relação geográfica dos usuários e os serviços de saúde, a distância percorrida para a resolução de sua necessidade e opções de transporte. Nessa dimensão encontram-se também o horário para realização de consultas, os sistemas de marcação e a presença adequada da oferta de serviços relacionada às necessidades da população à qual estão destinados (THIEDE, AKEWENGO, MCINTYRE, 2014; ESPOSTI, 2015, SANCHEZ, CICONELLI, 2012). Para Sanchez e Ciconelli (2012), a disponibilidade reflete a entrada no sistema de saúde, com a possibilidade de análise da efetividade dos serviços de saúde a partir da mensuração desta dimensão.

A capacidade de pagamento reflete a relação entre o custo para a utilização dos serviços e a capacidade dos usuários de pagamento. Nessa dimensão o financiamento da saúde também se insere. Relaciona-se, nesse contexto, à capacidade do usuário de custear, direta ou indiretamente, a utilização dos serviços de saúde. Estão incluídas nessa dimensão o custo com medicamentos, despesas com exames, consultas, custo de transporte, a alimentação e também os custos indiretos, como a diminuição do rendimento do usuário em virtude da espera pelo atendimento (THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE; 2014; ESPOSTI, 2015, SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão mais subjetiva é a aceitabilidade. Relaciona-se aos fatores culturais e sociais, compreendendo o modo como os serviços prestados são percebidos pelos usuários e população que os utiliza. Essa dimensão torna-se, nesse contexto, mais difícil de ser mensurada e detectada. A relação entre os profissionais e a expectativa dos usuários, a influência de fatores como idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, entre outros, define a aceitabilidade. Também se encontra nessa dimensão a expectativa dos usuários frente à organização do sistema de saúde (THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE; 2014; ESPOSTI, 2015, SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão informação atravessa todas as outras dimensões, constituindo-se como facilitadora ou como barreira na utilização dos serviços de saúde. Para Thiede,

Akewengo e McIntyre (2014), a informação é fundamental para a compressão das outras categorias elencadas. É considerada o grau de assimetria entre o que o usuário tem como conhecimento e o que o profissional de saúde acredita conhecer. Essa assimetria de informação pode ser uma ferramenta de análise dos sistemas de saúde, funcionando como ponto de partida para melhorias dos mesmos. Para Sanchez e Ciconelli (2012, p. 263), “a informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde”.

De acordo com Travassos e Castro (2012), as três dimensões e suas inter-relações podem ser definidas como barreiras de acesso aos serviços de saúde, dividindo-as em barreiras geográficas, financeiras e organizacionais, categorização semelhante à utilizada por Frenk (1985), em que as resistências (os obstáculos) são classificadas em ecológicas, financeiras e organizacionais. As barreiras de acesso representam, nesse entendimento, particularidades da oferta de serviços, facilitando ou dificultando a capacidade dos usuários de utilizarem os serviços. As barreiras ecológicas são relacionadas à dificuldade de deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde, isto é, geralmente, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde. As barreiras financeiras refletem grandes obstáculos em relação à utilização dos serviços. Os mais pobres são mais sensíveis às barreiras financeiras, com uma menor utilização dos serviços de saúde. Já as barreiras organizacionais refletem as características organizativas dos serviços, além da qualidade dos recursos tecnológicos e humanos que possam facilitar ou limitar sua utilização. Englobam o horário de funcionamento, o tempo de espera para o atendimento, a disponibilidade dos profissionais, a existência ou ausência de acolhimento e humanização, e o cuidado, impactando o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2012; FRENK, 1985). Para Frenk (1985), estes obstáculos podem ser subdivididos em barreiras organizacionais no ponto de entrada e barreiras dentro da instituição de saúde. As primeiras representam características da organização da oferta que impedem ou dificultam o contato inicial com o sistema de saúde. As segundas referem-se a características que interferem na prestação do cuidado quando o usuário está dentro do sistema de saúde.

Para Travassos e Martins (2012), as barreiras de informação impactam tanto na percepção de saúde dos usuários quanto no acesso dos mesmos aos serviços de saúde. De acordo com as autoras, as barreiras de informação resultam em

desigualdades sociais no acesso aos serviços. Essa reflexão coaduna com Starfield (2002), quando a mesma define o acesso como a percepção que os usuários possuem sobre as barreiras e as facilidades para o uso dos serviços de saúde.

Alguns autores verificaram em seus estudos problemas organizacionais nas unidades de atendimento que, no entendimento dos usuários, dificultam o acesso. Nesse cenário, os usuários procuram outros serviços que possam garantir a resolução da necessidade de saúde daquele momento, de forma mais ágil, como outras UBSs, UPAs e hospitais de urgência (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Para outros autores, os usuários valorizam a qualidade do atendimento pela complexidade dos procedimentos realizados em seu tratamento e a facilidade em obtê-los, explicando, em parte, a procura dos usuários pelos serviços hospitalares de urgência (BARBIANI *et al.*, 2014; TOLEDO, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implementação da RUE, numa unidade de atenção hospitalar, no estado do Espírito Santo (ES).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar o perfil da demanda em um serviço hospitalar de urgência e emergência.

Analisar o processo de busca e utilização do serviço de urgência e emergência, sob a ótica dos profissionais de saúde e usuários do serviço de acolhimento e classificação de risco.

4 MÉTODO

Com a intenção de compreender a realidade da implementação da RUE no ES, realizou-se uma pesquisa descritiva exploratória, utilizando-se como método o estudo de caso.

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que investiga “um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real”, principalmente quando não são claros os limites entre o fenômeno e o contexto. Ainda de acordo com este autor, os estudos de caso são elaborados a partir de múltiplas fontes de evidência, com os dados convergindo triangularmente. É ainda considerado um método abrangente, não se limitando a uma tática de coleta de dados isolada. Gil (2010) considera o estudo de caso como um estudo profundo e exaustivo de um ou de alguns poucos objetos, de forma a permitir seu conhecimento amplo e detalhado, sendo o delineamento compreendido como o mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo no qual é difícil separar o fenômeno de seu contexto, com a intenção de compreender melhor a realidade social. Para os autores, o estudo de caso possui um planejamento mais flexível, no qual as experiências de uma etapa direcionam o trabalho das etapas seguintes.

Os estudos de caso, de acordo com Lüdke e André (1986), usam uma variedade de fontes de informação e utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa; visam à descoberta; enfatizam a ‘interpretação em contexto’; buscam retratar a realidade de forma completa e profunda; revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas; e procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.

Para Bruynee e Schoutheete (1987), no estudo de caso pode-se recorrer a técnicas de coletas de dados variadas, como observação, observação participante, grupo focal, entrevista e análise de documentos, objetivando a descrição da complexidade de um caso, a exploração de novas problemáticas ou ainda um objetivo de ordem prática (avaliação de uma instituição, diagnóstico de um processo).

De acordo com Yin (2015), para elaboração de um projeto de estudo de caso destaca-se, inicialmente, a importância de definir um “caso” de investigação e os dados a serem coletados. Posteriormente, a definição de critérios de análise e a

vinculação com a teoria visam antecipar a análise futura da pesquisa em questão. Entretanto, o autor indica que os projetos não são fechados, ou seja, podem ser modificados conforme novas informações ou descobertas durante a coleta de dados, além de alertar que modificações não podem ser aleatórias, mas devem preservar os objetivos teóricos originais.

4.1 CENÁRIO DE PESQUISA

O cenário desta pesquisa foi o Hospital Estadual São Lucas, hospital de grande porte, sendo um dos serviços de referência terciária em atendimento de trauma e emergência nas especialidades de clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, torácica, vascular, urológica, neurocirurgia, bucomaxilofacial, oftalmologia e otorrinolaringologia. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui atendimento de média e alta complexidade, está cadastrado como hospital geral, atende exclusivamente pelo SUS e possui uma sala específica para o acolhimento e classificação de risco dos usuários que procuram atendimento. O fluxo de clientela se dá por atendimento de DE e referenciada. A sala de acolhimento se localiza na recepção do hospital, e trabalham no local enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social, que se utilizam do Protocolo de Manchester para a classificação de risco. O hospital recebe diversos pacientes de todo o ES que necessitam de atendimento especializado.

O dispositivo acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, garantindo a integralidade das ações. O acolhimento, na intenção da resolução dos problemas de saúde dos usuários que buscam uma UE, parte do pressuposto de que todos serão acolhidos por um profissional da equipe. O profissional que realizar o acolhimento deverá escutar a queixa, medos e expectativas, identificando riscos e vulnerabilidades, além de acolher a própria avaliação do usuário; nesse contexto, o

profissional se responsabilizará por dar uma resposta ao usuário, a fim de resolver a demanda daquele momento (BRASIL, 2009b). Oliveira *et al.* (2010) apontam que o acolhimento deve ser compreendido como um trabalho coletivo na relação com o usuário.

Para a avaliação de risco nas unidades hospitalares de urgência e emergência, no ES, utiliza-se o Protocolo de Manchester. Esse protocolo se baseia nos sintomas que se apresentam como determinantes-chave, para que seja definida a prioridade, por meio de algoritmos clínicos. Os usuários são classificados, a partir da avaliação de risco, em cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. O risco 'vermelho' é entendido como emergência, devendo ser atendido imediatamente. Os pacientes classificados como risco 'laranja' e 'amarelo' devem ter prioridade no atendimento, sendo considerados como necessidade de atendimento muito urgente e urgente, respectivamente. Os usuários classificados como 'verde' são entendidos como atendimento "pouco urgente", com a possibilidade de espera para o atendimento. Por fim, os usuários categorizados como 'azul' não são considerados urgentes, com a possibilidade, mediante pactuação, de serem encaminhados a uma unidade de saúde (UPA ou rede básica). Importante destacar a existência da classificação 'branca', identificada como aquele usuário que apresenta alguma condição ou situação que não é compatível com o serviço de urgência (GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER, 2002).

Destaca-se que, no ES, local desta pesquisa, a RUE começou sua implementação em 2008, resultando em definição e pactuação dos pontos de atenção, inicialmente redesenhando a rede na região metropolitana. Em 2012, o "Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências na região metropolitana" foi elaborado e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com objetivo de ampliar e organizar o acesso humanizado e integral, através da integração de todos os componentes da rede. O ACR, a partir do Protocolo de Manchester, foi instituído em todos os serviços de urgência, e as unidades não hospitalares de urgência (os PAs) foram responsabilizadas pelos atendimentos dos pacientes classificados como verde e amarelo (pouco urgente e urgente). Já a rede básica foi responsabilizada pelos atendimentos dos usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes (verde e azul). De acordo com o documento, uma das metas para o quadriênio

2012-2015 em relação às urgências no estado era a implantação da RUE em todas as regiões de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2012).

4.2 DELINEAMENTO

Para o alcance dos objetivos foram necessárias quatro etapas.

A primeira etapa consistiu em um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários dos relatórios enviados pela empresa Organização para Desenvolvimento Social e Cidadania (ORDESC) à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), num período de 12 meses, compreendido de 16/04/2015 a 15/04/16. Ressalta-se que a ORDESC é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que, por meio de parcerias e contratos com entes públicos do estado, atua nas unidades de saúde no setor de ACR. No caso do ES, o termo de parceria foi assinado no ano de 2009.

Os dados contidos nos relatórios são reunidos a partir do sistema MV e SoulMV, utilizado pelas enfermeiras do setor de acolhimento com classificação de risco do Hospital Estadual São Lucas contendo: origem dos usuários que procuraram o hospital (a partir das categorias 'cidade de origem' e 'serviço de saúde de origem'), especialidade demandada, classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester e a conclusão do atendimento (se foi encaminhado para atendimento no próprio hospital ou encaminhado a outro serviço de saúde). A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística descritiva, utilizando o software Microsoft Excel, versão 2013.

Uma vez que a avaliação da acessibilidade, na perspectiva dos usuários, deve levar em consideração os atores envolvidos, em especial os profissionais finalísticos do sistema de saúde, a percepção dos profissionais de saúde, de acordo com Mendes *et al.* (2012), é de fundamental importância para o aprimoramento das propostas voltadas ao setor. Com esse entendimento, na segunda etapa, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, realizou-se um trabalho de campo, utilizando-se como técnica a observação participante, permitindo uma maior aproximação do pesquisador com o ambiente e a realidade do estudo em questão, considerando que

o campo da pesquisa social não é neutro ou transparente e que os atores envolvidos interferem a todo o momento no conhecimento da realidade. Na técnica de observação participante, há uma imersão no mundo dos sujeitos observados, para um melhor entendimento do comportamento real dos pesquisados, suas próprias situações e como se dá a construção da realidade em que atuam (MINAYO, 2013).

Para essa abordagem, a pesquisadora permaneceu na sala de ACR durante dois dias da semana, pelo período de quatro semanas, para uma melhor observação da dinâmica presente no local. Para este propósito, utilizou-se o diário de campo.

Objetivando a coleta de dados qualitativos, além do diário de campo, foram entrevistados os profissionais de saúde que atuavam no serviço de ACR, a partir de entrevistas semiestruturadas, por meio de um roteiro com questões pré-definidas, baseadas no tema “Ampliação do acesso e acolhimento”, contido na portaria que instituiu a RUE (BRASIL, 2011a).

As entrevistas são fontes de informação, podendo nos fornecer referências construídas no diálogo com o sujeito que é entrevistado, trazendo a reflexão deste sobre a própria realidade que vive, revelando-se então uma técnica privilegiada e dinâmica de interação social (MINAYO, 2013). Para Gaskell (2007), o emprego da entrevista qualitativa, a fim de compreender o mundo dos respondentes, torna-se o ponto de entrada, introduzindo esquemas de interpretação para que se consiga a compreensão das narrativas mais conceituais e abstratas dos pesquisados. Para o autor, a entrevista qualitativa permite a compreensão das relações entre os sujeitos pesquisados e sua situação, em contextos sociais específicos.

A perspectiva do usuário também “é imprescindível para o aprimoramento das políticas de saúde direcionadas à garantia dos princípios constitucionais” (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013, p. 345). Para os autores, assumir os usuários como eixo central pode evidenciar as dificuldades e potencialidades no caminho percorrido pelos indivíduos na rede até a chegada nas UEs. Nesse sentido, na terceira etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro usuários acolhidos pelo serviço social que não conseguiram atendimento médico no hospital, sendo encaminhados a outros serviços.

A escolha deste quantitativo de usuários baseia-se em Minayo (2010), no entendimento de que, na pesquisa qualitativa,

“[...] preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação [...]” (p. 102).

A técnica de coleta de dados foi orientada por roteiro adaptado de Santos (2007), constando informações acerca do participante do estudo, em torno das linhas de tensões e dos fatores relacionados aos domínios de Frenk (1985), por meio dos seguintes pontos ajustados para o setor de urgência e emergência: (1) Contexto da porta de entrada: Demanda/busca por serviços e o desejo de cuidado; (2) Utilização do serviço de saúde e a dinâmica inter-relacional; e (3) Barreiras de acesso no domínio ampliado de Frenk (1985).

Lago *et al.* (2010) afirmam que o contexto sociocultural influencia a decisão (ou não) da utilização do serviço (início do tratamento), além da satisfação das suas necessidades imediatas serem perpassadas pelas possibilidades de acesso ao sistema de saúde.

Na última etapa, de posse de todo material coletado a partir da observação participante e realização das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática de Bardin (1977). Partiu-se do entendimento de que, em uma perspectiva de pesquisa qualitativa, a análise e a interpretação de um texto não apresentam como objetivo descrever opiniões ou pessoas (GOMES, 2013). De acordo com o autor, o objetivo é, essencialmente, explorar o conjunto de opiniões e representações sobre o tema investigado. Ademais, analisar e interpretar as informações que são geradas na pesquisa qualitativa são momentos finalísticos do trabalho, articulando-se todo o material coletado aos propósitos da pesquisa e à teoria escolhida (GOMES, 2013). Para o autor, é a etapa final da investigação, apesar da necessária lembrança de que durante todo o processo de pesquisa realizamos análises sobre o que está sendo coletado.

Para Bardin (1977), a Análise de Conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 31). Já para Bauer (2007), trata-se de um método analítico de texto, híbrido. Nesse sentido, compreende uma técnica de análise para a produção de inferências a partir de um texto focal.

De acordo com Bardin (1977), deve-se dizer não à leitura simples da realidade e ainda abandonar a falsa segurança na utilização de números, em detrimento de buscar uma metodologia que pretenda compreender a comunicação para além dos seus significados imediatos. A autora indica, todavia, uma ação entre os extremos do desejo de rigor e a necessidade de ir além das aparências, de forma que coexistam na Análise de Conteúdo duas funções complementares: o caráter heurístico e uma leitura não individual e generalizável.

Na Análise de Conteúdo Temática, o tema é o conceito central, apresentado através de palavras, frases ou resumo (GOMES, 2013). Para Bardin (1977), “[...] o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto [...] que pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significados” (p. 105). Nesse sentido, na Análise Temática há a descoberta de núcleos de sentido que integram a comunicação e cuja existência ou manifestações podem expressar algo para o objetivo analítico.

Assim, por meio da Análise de Conteúdo podemos seguir na descoberta do que está além das aparências manifestadas nos conteúdos, para uma interpretação mais profunda daquilo que está sendo comunicado, pois as pessoas se utilizam da linguagem para representar o mundo que conhecem (GOMES, 2013).

4.3 CONTEXTO DA PESQUISA – REFLEXÕES A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA

A inserção no campo de pesquisa foi fundamental para entender, de forma mais profunda, o funcionamento da porta de entrada do hospital estudado. Observar, participar do cotidiano junto aos profissionais do acolhimento e classificação de risco quebrou pré-conceitos sobre o funcionamento e a dinâmica do serviço.

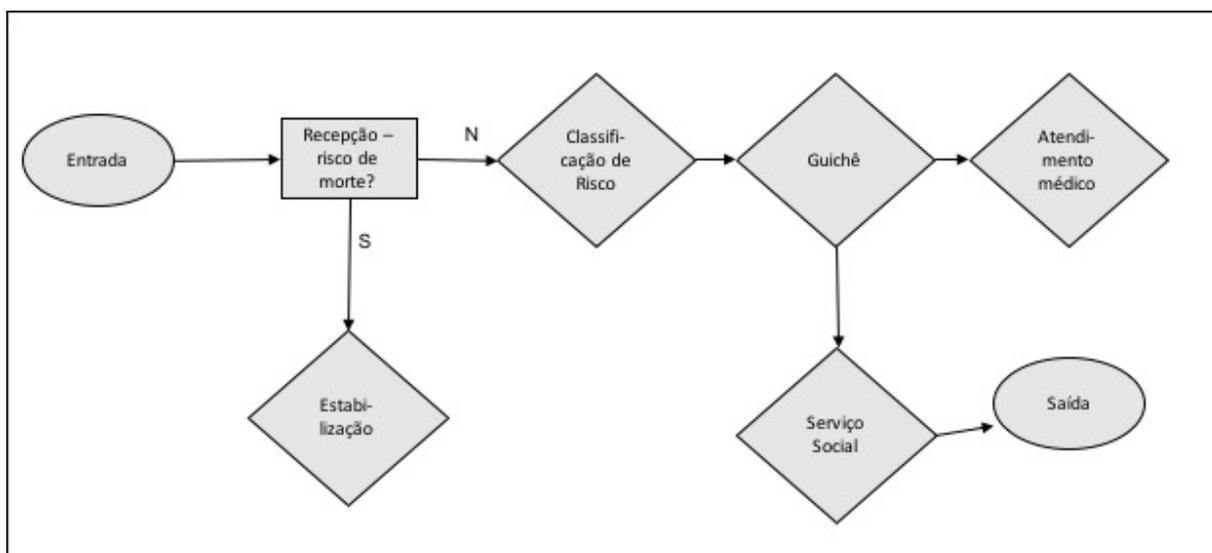
Inicialmente, havia a preocupação de desvincular a posição de médica do serviço daquela de pesquisadora. Ao longo do tempo, porém, ficou claro que estas posições se somavam no estreitamento dos laços e no compartilhamento de experiências com os profissionais do setor, aproximação fundamental para compreensão do campo.

À primeira vista, o funcionamento da porta de entrada, sempre caótica, parece confuso, porém existe uma lógica de funcionamento que permeia o trabalho daqueles profissionais. Ao participar da classificação de risco junto aos enfermeiros, foi possível observar aspectos únicos daquele local e do modo de agir dos profissionais, as inter-relações e a dinâmica de entrada e saída dos usuários acolhidos.

Nos momentos iniciais, precisei entender como funcionava o fluxo de atendimento, a partir da entrada do paciente no hospital. O fluxo tinha início com a retirada de uma senha, sob orientação de técnicos de enfermagem e de maqueiros, que se posicionavam em um totem informatizado. Os usuários eram então orientados a aguardar na sala. Um visor no alto deste ambiente assinalava as senhas à medida que eram chamadas. O usuário entrava então na sala de classificação de risco. Nesta sala, dois profissionais de enfermagem faziam a classificação, cada um em sua mesa com computador onde era utilizado o programa SoulMV. O usuário mostrava o papel com a sua senha, o enfermeiro pedia o documento de identidade e fazia perguntas básicas, para entender o motivo de ida do usuário ao serviço. Caso achasse necessário, o enfermeiro solicitava ao técnico de enfermagem que aferisse os sinais vitais. A partir das respostas dadas pelos usuários, o enfermeiro lançava dados no sistema informatizado e assim a classificação era gerada automaticamente, de acordo com o Protocolo de Manchester. Chamou minha atenção que a escala de dor era avaliada pelo classificador e não pelo usuário. Por diversas vezes, estando ao lado do enfermeiro, me via avaliando a dor de forma diferente da que ele colocava, revelando como a percepção do profissional sobre a queixa interfere na classificação. Na concepção de utilização da escala de dor, deve-se mostrar ao usuário a escala e ele mesmo apontar para sua percepção da intensidade da dor que sente, o que não ocorre na unidade estudada.

O usuário então recebia o papel com informações básicas e era então orientado a aguardar a chamada da senha e dirigir-se ao balcão de atendimento/recepção para gerar a ficha com o número de atendimento. Após o número gerado, aguardava no local até a chamada pelo médico. Os usuários que chegavam por meio de ambulâncias e SAMU eram encaminhados diretamente para a classificação (casos menos urgentes) ou entravam diretamente para a sala de estabilização. Já aqueles usuários que não seriam atendidos na unidade eram orientados a aguardar na recepção a chamada de sua senha e entrar na sala ao lado da classificação (a sala do serviço social) (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma descritor do acesso à unidade de urgência



Fonte: Elaborado pela autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1: ACOLHIMENTO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA A ACESSIBILIDADE EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Embracement and Risk Rating: opportunities and challenges for the accessibility in the daily of an urgent and emergency service

Enviado em 03/01/2017 – Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS)

RESUMO

Este artigo se propõe a apresentar uma análise do Acolhimento e Classificação de Risco, por meio da demanda e utilização de serviços pelos usuários que procuram por assistência em um serviço estadual hospitalar de urgência no Espírito Santo. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa. Foram utilizados dados secundários relativos ao período de abril de 2015 a abril de 2016, provenientes do sistema de gestão de saúde utilizado no serviço. O Acolhimento e Classificação de Risco da unidade utilizam o Protocolo de Manchester. Os resultados mostraram que a maioria dos usuários acolhidos foi classificada como baixo risco, além de procurar a unidade hospitalar por demanda espontânea. Também se verificou um alto número de retornos de usuários na unidade e a utilização de fluxogramas fora do padrão do protocolo adotado, sugerindo uma subestimação dos dados apresentados. Concluiu-se também que há necessidade de adequação dos fluxogramas e motivos de atendimento segundo o Protocolo de Manchester, além do incremento e capacitação dos profissionais

lotados na classificação. Os dados relativos aos retornos e o perfil de baixa complexidade atendido na unidade, suscitam uma reflexão acerca da organização e integração dos serviços, fundamentais para a concretização da Rede de Atenção às Urgências.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

This article presents an analysis of the Reception and Risk Classification, through the demand and use of services by users looking for assistance in an Emergency State Hospital in Espírito Santo. It is a descriptive, retrospective study with a qualitative-quantitative approach. Secondary data, coming from the health management system, were used for the period from April 2015 to April 2016. The Reception and Risk Classification of the unit uses the Manchester Protocol. The results showed that the majority of the users received were classified as low risk, besides going to the Hospital by spontaneous demand. There was also a high number of users return in the health unit and the use of non-standard flowcharts of the adopted protocol, suggesting an underestimation of the presented data. It was also concluded that there is a need for adequacy of the flowcharts and reasons for treatment according to the Manchester Protocol, in addition to the increase and qualification of professionals filled in the classification. The data on the returns and the low complexity profile attended at the health unit, provide a reflection on the organization and integration of

the services, extremely important for the accomplishment of the Emergency Care Network.

KEY WORDS: Embracement; Primary Health Care; Health Services; Health Services Needs and Demand; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, criaram-se as condições para a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nas diretrizes da universalidade do acesso, da equidade do cuidado, da integralidade das ações e da participação social¹. Nestas quase três décadas de criação do SUS, a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisa de avaliação têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro, indicando a necessidade de novas propostas de atuação².

No SUS, o tema mais discutido e objeto de maior contingente de críticas, de acordo com Magalhães Junior³, talvez seja o atendimento de urgência e emergência, que vem se apresentando

“como pauta fundamental e prioritária, tanto para o governo federal como para a maioria dos estados e municípios do país, justificada pela magnitude dos problemas nesta área e pela necessidade de intervenção para a melhoria do atendimento” (JORGE, COUTINHO, CAVALCANTE, FAGUNDES, PEQUENO, do CARMO *et al.*⁴, 2014, p. 126).

O gargalo das portas de entrada das urgências e emergências no SUS, com prontos-socorros superlotados e com o sofrimento das pessoas em filas e corredores, explica-se, segundo Magalhães Junior³, dentre outras causas, pela insuficiência de resposta da Atenção Básica (AB) e pelos processos de trabalho fragmentados e sem classificação de risco. O hospital, segundo JORGE *et al.*⁴

(2014, p. 133), “historicamente trabalhando de forma isolada e desarticulada dos demais pontos de atenção, conta com uma complexidade e muitas facetas de difícil mudança”. Nesse contexto, as unidades hospitalares de urgência e emergência, de acordo com Estellita-Lins⁵ (2010, p. 68), “compõem um lócus privilegiado para o questionamento de uma lógica assistencial do SUS que pretende ser pautada na integralidade”.

Numa porta de entrada de urgência e emergência, é essencial que se garanta a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, estabelecendo mecanismos de integração e articulação com a rede de cuidados⁶. Dentre as estratégias para qualificar e ampliar a atenção hospitalar, Jorge *et al.*⁴ destacam a qualificação e a humanização da atenção com a implantação de várias ferramentas de gestão da clínica, como o Acolhimento com o Protocolo de Classificação de Risco (ACR) nas portas de entrada.

O acolhimento e a classificação de risco ganham o discurso oficial do Ministério da Saúde⁶, configurando-se como diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) para operacionalização do SUS⁷. Apesar de não ter como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências, para Brasil⁸, o ACR é uma tecnologia que tem por finalidade tornar a organização e produção do cuidado mais efetivos e eficazes, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares, num processo de ressignificação do SUS para gestores, trabalhadores e usuários.

Diante desse cenário de superlotação nos serviços de urgência e emergência e no contexto de implementação do ACR como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e garantia da acessibilidade aos serviços de saúde,

numa perspectiva de integração e articulação com a rede de cuidados, este estudo tem como objetivo analisar o ACR, por meio da demanda e utilização de serviços pelos usuários que procuram por assistência em um serviço hospitalar de urgência estadual no Espírito Santo (ES).

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados dos relatórios enviados pela Empresa Organização para Desenvolvimento Social e Cidadania (ORDESC) à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), num período de 12 meses, compreendido entre 15 de abril de 2015 a 20 de abril de 2016. Ressalta-se que a ORDESC é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que, por meio de parcerias e contratos com entes públicos do estado, atua nas unidades de saúde no setor de ACR. No caso do ES, o termo de parceria foi assinado no ano de 2009.

Os dados contidos nos relatórios são reunidos a partir do sistema SoulMV e do sistema MV, utilizados pelas enfermeiras do setor de ACR do hospital. O SoulMV é utilizado somente pelo setor de ACR e está interligado com o sistema MV, que funciona em todo o hospital. Os sistemas reúnem informações que facilitam o fluxo de dados entre os setores e integram todos os processos hospitalares.

O protocolo utilizado para a classificação de risco é o de Manchester, criado em 1994 pelo Grupo de Triagem de Manchester. Neste protocolo, a classificação de risco avalia as prioridades de atendimento, em cinco níveis e cinco cores⁹.

A cor vermelha indica prioridade máxima, em que não há tempo de espera permitido, pois há risco de morte. A cor laranja indica prioridade “muito urgente”, com

necessidade de atendimento de 10 minutos no máximo. A cor amarela é considerada urgente, com tempo máximo de espera de 60 minutos. A cor verde é considerada como um risco pouco urgente, com atendimento médico realizado em, no máximo, 120 minutos. Já a cor azul denota um quadro não urgente, com atendimento médico realizado em até 240 minutos ou encaminhamento para outro serviço de saúde. A cor branca, de acordo com o protocolo, representa situações consideradas não compatíveis com o serviço, como, por exemplo, retornos técnicos programados e troca de receitas⁹.

Cenário do Estudo

O cenário de pesquisa foi um hospital estadual de grande porte, sendo um dos serviços de referência terciária em atendimento de trauma e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Torácica, Vascular, Urológica, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. O Hospital atende exclusivamente usuários pelo SUS, originados de todo o estado do ES, que necessitam de atendimento especializado.

Esta unidade hospitalar possui sala específica para o Acolhimento e Classificação de Risco, que se localiza na recepção do hospital e onde trabalham enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social, que se utilizam do Protocolo de Manchester para a classificação do risco. A classificação é realizada por dois enfermeiros e os sinais vitais dos usuários são obtidos pelos técnicos de enfermagem do local. O usuário, ao procurar o hospital de urgência estudado, obtém uma senha eletrônica na entrada da unidade e aguarda o chamado para que seja acolhido pelo enfermeiro e técnico de enfermagem. Já na sala do ACR, o enfermeiro escuta as queixas apresentadas pelo usuário, que é então classificado de acordo com o Protocolo de Manchester. O usuário que será atendido na unidade é então

encaminhado para aguardar na recepção o atendimento com os profissionais médicos, de acordo com a especialidade.

No caso de não atendimento, o enfermeiro orienta o usuário a procurar o serviço de referência para aquela demanda, sendo acolhido pelo Serviço Social para o devido encaminhamento. Caso a entrada no serviço seja feita mediante encaminhamento de outra unidade, e a unidade hospitalar estudada não seja a referência para o quadro apresentado, o usuário é orientado a retornar ao serviço de origem.

Destaca-se que no estado do ES, local desta pesquisa, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) começou sua implementação em 2008, resultando em definição e pactuação dos pontos de atenção, inicialmente redesenhando a Rede na Região Metropolitana.

É importante ressaltar que o ES, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, divide-se em quatro regiões de saúde¹⁰ e possui 3.929.911 habitantes¹¹. Com relação ao número de habitantes por região de saúde, a Norte compreende 14 municípios e uma população estimada de 425.796 habitantes (10,83%). A Central é composta por 18 municípios e apresenta uma população estimada de 642.611 habitantes (16,35%), enquanto a Metropolitana, com 20 municípios, possui 2.180.633 habitantes (55,49%). A Sul contém 26 municípios e apresenta uma estimativa de 680.871 habitantes, correspondendo a 17,33% do total de habitantes do ES¹⁰.

O ACR, a partir do Protocolo de Manchester, foi implementado nas unidades estaduais de urgência no ano de 2009, por meio de capacitação realizada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco¹². Em 2012, o “Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências na região metropolitana” foi elaborado e aprovado

pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com objetivo de ampliar e organizar o acesso humanizado e integral, por meio da integração de todos os seus componentes. Neste plano, as unidades não hospitalares de urgência (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs) foram responsabilizadas pelos atendimentos dos pacientes classificados como verde e amarelo (pouco urgente e urgente). Já a AB ficou responsável pelos atendimentos dos usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes (verde e azul). De acordo com o documento, uma das metas para o quadriênio (2012-2015) em relação às Urgências no Estado era a implantação da RUE em todas as regiões de saúde¹³.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências absolutas e relativas, utilizando o software Microsoft Excel, versão 2013.

Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovado sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014, e autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo.

RESULTADOS

O censo estudado foi composto por 57.902 usuários com idade média de 44,31 anos, sendo 5.086 usuários menores de 20 anos (8,9%), 10.135 (17,7%) com idade entre 20 e 29 anos, e 11.217 (19,6%) com idade entre 30 e 39 anos. Da população adulta de usuários atendidos, 54% dos usuários tinham entre 20 e 49 anos (30.846 usuários), enquanto 37% tinham 50 anos ou mais (21.160 usuários).

Quanto aos horários de atendimento, destaca-se que a maioria dos atendimentos (69,6%) foi realizada nos períodos da manhã e da tarde, correspondendo a 40,8% e 28,8% dos atendimentos, respectivamente, enquanto 24,1% dos atendimentos foram realizados no período da noite, e 6,3% no período da madrugada.

Ressalta-se que o Protocolo de Manchester possui 52 fluxogramas, que devem ser utilizados para que se faça a correta classificação de risco dos usuários, a partir de sinais e sintomas apresentados. De acordo com os dados analisados, foram utilizados 30 fluxogramas do protocolo. Entre os 49.337 motivos de atendimento, destaca-se o fluxograma “problema em extremidades”, correspondendo a 17,16% dos motivos de atendimento descritos, seguido pelo fluxograma “queda”, que correspondeu a 5.266 atendimentos (10,67%). O fluxograma “corpo estranho” foi utilizado em 3.229 classificações, correspondendo a 6,54% do total, enquanto o fluxograma “problema nos olhos” foi utilizado para 2.112 usuários classificados, correspondendo a 4,28% dos motivos de atendimento descritos. Ressaltam-se os motivos de atendimento que não fazem parte dos fluxogramas existentes no protocolo, que, somados, corresponderam a 36,96% dos atendimentos, totalizando 18.233 motivos de atendimento. Entre eles, as consultas de retorno para as especialidades médicas totalizaram 11.122 atendimentos (22,54%). Na especialidade de Ortopedia, foram registrados 5.942 atendimentos de retorno, enquanto na especialidade de cirurgia vascular foram descritos 2.032 retornos ao serviço. Outros motivos que não compõem o protocolo também se destacam, como “a pedido médico”, “motivo não declarado” e “outros”, correspondendo a 4,08% dos motivos de atendimento inseridos no sistema. A partir dos dados revelados pelos relatórios da ORDESC, no período de abril de 2015 a abril de 2016, foram 53.621 (100%) usuários acolhidos e classificados no Serviço de Acolhimento e Classificação

de Risco do hospital. Segundo os critérios propostos pela classificação de risco de Manchester, foi possível classificar 424 (0,79%) atendimentos como casos de emergência, ou seja, de prioridade máxima (Cor Vermelha). Os atendimentos classificados como muito urgentes (Cor Laranja) e urgentes (Cor Amarela) representaram 3.985 (7,43%) e 14.683 (27,38%), respectivamente, totalizando 34,81% dos atendimentos realizados. Os atendimentos classificados como pouco urgentes (Cor Verde) corresponderam a 22.319 (41,62%) do total de usuários acolhidos. Os atendimentos de usuários classificados como não urgentes (Cor Azul), totalizaram 949 acolhimentos (1,77%) e os atendimentos identificados como situações consideradas não compatíveis com o serviço (Cor Branca) corresponderam a 11.261 (21%) dos acolhimentos, no ano estudado. Importante ressaltar que os atendimentos classificados como “Verde”, “Azul” e “Branco”, corresponderam a 33.045 (64,39%) do total de usuários acolhidos, enquanto os atendimentos prioritários nas unidades hospitalares de urgência e emergência classificados como “Vermelho”, “Laranja” e “Amarelo” representaram 19.092 (34,81%) do total de acolhimentos.

No tocante à origem dos usuários, de acordo com o tipo de serviço de saúde de referência, dos 53.621 usuários acolhidos e classificados, 43.173 (80,52%) procuraram o hospital por demanda espontânea, enquanto apenas 10.448 (19,48%) foram referenciados a partir de outros serviços. Entre estes usuários, a maioria das referências ao hospital foi realizada por profissionais de unidades não hospitalares de urgência e emergência – Pronto Atendimentos (PAs) – (61,5%), seguida por outros serviços hospitalares, clínicas e centros de especialidades (35,6%), e unidades de saúde da Rede Básica (2,9%).

Dentre os 53.621 usuários acolhidos e classificados, no período estudado, observou-se que 5.274 usuários (9,9%) não tiveram atendimentos médicos nesta unidade hospitalar estudada, sendo encaminhados a outros serviços de saúde pelo Serviço Social do Acolhimento. Com relação ao tipo do serviço de saúde de destino, 3.325 encaminhamentos (63%) foram para as UPAs, e somente 338 (7,4%) para as unidades básicas de saúde (UBSs). Observou-se que 1.561 usuários (29,6%) foram encaminhados para outros serviços de saúde, tais como hospitais da região, centros de especialidades municipais e estaduais e centros de apoio.

A partir da origem dos usuários por região de saúde, dos 59.486 usuários atendidos na unidade, 96,4% foi oriunda da região Metropolitana, enquanto apenas 2,97% usuários tiveram sua origem nas outras regiões de saúde. Os usuários oriundos da região Sul corresponderam a 2% (1.232 usuários), enquanto 0,52% (308) eram originários da região Central, e 0,38% (229) da região Norte. Observou-se que o número de usuários oriundos de fora do estado do ES correspondeu a 0,63% do total, compreendendo 372 atendimentos.

Do total de 56.172 atendimentos de Pronto-Socorro inseridos no sistema, 33,47% (18.803) usuários foram atendidos pela especialidade Ortopedia e Traumatologia, enquanto a especialidade de Neurocirurgia foi responsável por 13.352 atendimentos (23,77%). Os atendimentos realizados pelas especialidades cirúrgicas (Geral, Vascular, Plástica, Torácica e Urologia) somaram 11.519 (20,51%), enquanto Clínica Geral foi o destino de atendimento de 2.619 usuários (4,66%). A especialidade de Oftalmologia foi responsável por 5.570 atendimentos (9,92%), enquanto Otorrinolaringologia foi o destino de atendimento de 747 usuários (1,33%). Outro dado a ser destacado é o número de atendimentos realizados pelo serviço de

Cirurgia Bucomaxilofacial, responsável por 5,02% dos atendimentos no período estudado.

DISCUSSÃO

A análise realizada sobre a classificação de risco permite afirmar que esta ferramenta foi importante para identificar um pequeno percentual de usuários com risco eminente de morte, reconhecer os usuários com prioridade “muito urgente”, além de qualificar os usuários como urgentes, sugerindo a importância do uso deste protocolo em estabelecer a priorização do atendimento, a partir da identificação de riscos de indivíduos^{14,15}.

Estes resultados, porém, não apontam para o processo de trabalho do ACR. A atitude impessoal apoiada no tecnicismo e a rigidez na utilização do protocolo levam ao risco de manter a avaliação do profissional de saúde somente para a queixa-conduta e aos aspectos clínicos dos problemas de saúde apresentados pelo usuário, limitando a ampliação da clínica⁷. Além disso, para as autoras, o atendimento clínico conduzido de maneira pontual, somente centrado pela gravidade do problema de saúde, faz com que o usuário tenha que exagerar na queixa para ser atendido. Ademais, a percepção do usuário de que o profissional é quem decide por ele – se deve ou não ser atendido pelo médico – gera insatisfação e limita sua autonomia. Outrossim, de acordo com Araújo *et al.*¹⁶, há, por parte dos profissionais, dificuldades na operacionalização do protocolo, seja pela ambiência precária ou pela falta de conhecimento, por parte dos usuários, do funcionamento da classificação.

No entendimento do acolhimento como um dispositivo preconizado para atender à exigência de acesso, é importante destacar que a simples presença de sintomatologia e a possibilidade de gravidade podem estimular a procura pelo

serviço de emergência¹⁷, o que justificaria o resultado encontrado nesta pesquisa, onde mais de 40% dos usuários com uma demanda “pouco urgente” buscaram esta unidade hospitalar de urgência e emergência para seu atendimento, o que pode ser explicado pela existência de fatores ligados à facilidade de acesso a este tipo de serviço de saúde.

Além de parte importante da população ainda buscar atendimento em serviços de Pronto-Socorro, superestimando o papel do hospital na resolução de seus problemas de saúde⁴, a utilização excessiva dos hospitais pela população também pode estar relacionada a outros problemas, tais como as diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência e emergência e a baixa resolutividade da (AB) e dos PAs. Nesse sentido, o uso dos serviços hospitalares de urgência como porta de entrada prioritária para os usuários evidenciados como “não urgentes”, sinaliza um fluxo inadequado entre os níveis de assistência, invertendo a lógica preconizada de fortalecimento da AB como principal porta de entrada no sistema¹⁸. Nesse contexto, o número de atendimentos nos períodos da manhã e da tarde pode sugerir a preferência dos usuários pelo atendimento na unidade hospitalar, já que, *a priori*, as unidades da rede básica estariam abertas e deveriam ser o primeiro contato dos usuários, corroborando com os achados na literatura¹⁹.

Ademais, as dificuldades no acesso aos exames e consultas especializadas também trazem impactos para os serviços de urgência, na medida em que estes se constituem como a principal forma de acesso aos serviços de saúde com maior densidade tecnológica e médica, com a consequente superlotação das unidades de emergência^{2,4}. Nessas circunstâncias, é imperativo assumir que o acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo, onde se considera o grau de ajuste entre

usuários e o sistema de saúde, observando-se as dimensões relacionadas à disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade²⁰.

É válido destacar que, dentre os usuários referenciados, o fato de a maioria dos encaminhados e acolhidos (61,5%) ter sido referenciada a partir das UPAs pode indicar uma maior procura inicial dos usuários com queixas de baixa complexidade por estes serviços, que, juntamente com os prontos-socorros dos hospitais, têm sido consideradas importantes portas de entrada para assistência médica por uma boa parcela da população usuária do SUS^{21,22}. Cabe ressaltar que estas unidades são as responsáveis pelos atendimentos classificados como “Verde” e “Amarelo”¹³.

As UPAs são caracterizadas como estabelecimentos de complexidade intermediária, compondo uma rede integrada e organizada de atenção às urgências junto à Rede Básica e à Rede Hospitalar. A partir da articulação entre os serviços pertencentes à Rede de Urgências e mediante ordenação das Centrais de Regulação, devem atender de forma resolutiva os quadros agudos, prestando o primeiro atendimento aos traumas e aos casos cirúrgicos, além de avaliar se há necessidade de encaminhamento a serviços de maior complexidade²³.

Ainda com relação à origem dos usuários que demandaram atendimentos na unidade estudada, ressalta-se que 96,4% eram provenientes da região de saúde Metropolitana e apenas 2,97% tinham origem nas outras regiões de saúde, sendo 2% na região Sul, 0,52% na Central e 0,38% na Norte. Com relação a esse aspecto, é necessário considerar a localização geográfica do hospital em estudo, que se encontra inserido na região de saúde Metropolitana, a qual também apresenta a maior população do estado.

Ao analisar esse aspecto da demanda não urgente, também é importante considerar que o acesso ao serviço de saúde relaciona-se a inúmeros fatores, tais como: a distância entre o domicílio do indivíduo e o serviço de saúde; o tempo gasto e os meios utilizados para o deslocamento; as dificuldades para conseguir o atendimento, traduzidas pela presença de filas, tempo e local de espera; o tratamento que o usuário recebe dos diversos profissionais; a priorização no atendimento de casos urgentes, bem como a possibilidade de agendamento prévio²⁴.

O agendamento prévio, numa unidade hospitalar de urgência e emergência, suscita uma reflexão sobre a oferta de serviços desarticulada das demandas dos usuários, o que pode contribuir para que as iniquidades no acesso e a ineficiência do sistema de saúde sejam ampliadas. Nesse contexto, destaca-se o grande número de usuários classificados com a cor “branca”, atribuída àqueles com situações não compatíveis com o serviço de urgência. De acordo com os relatórios analisados, referem-se a consultas de retorno aos especialistas, sugerindo a ausência de um sistema integrado a outros serviços, para onde os usuários sejam acompanhados após o atendimento e alta no serviço de urgência. Tal fato constata a existência de um hiato entre o planejado e os resultados evidenciados nesta pesquisa. Importante ressaltar que o processo de utilização dos serviços de saúde é definido como a resultante da interação de comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro desse sistema²⁰.

Outro dado a ser considerado são os motivos de atendimento na unidade. Dos 30 fluxogramas utilizados, somente 5,8% corresponderam à queixa de dor, resultado diferente dos obtidos na literatura pesquisada, onde a dor é o motivo de atendimento mais utilizado pela classificação^{18,19}. Este fato pode estar relacionado à característica das unidades estudadas. Também é importante ressaltar o número

elevado de motivos de atendimento descritos que não pertencem ao protocolo de Manchester. Existem algumas queixas que não são classificadas de acordo com os fluxogramas do protocolo. Estes fluxogramas não pertencentes ao protocolo, resultando nos motivos de atendimento relativos aos acidentes e lesões por armas (além do suicídio), foram adicionados ao sistema por uma demanda estadual de estatísticas dessas situações. Já os motivos de atendimento relacionados às crianças são ausentes, pois o hospital atende essencialmente adultos e jovens. Entretanto, outros motivos de atendimento criados não fazem parte das estatísticas estaduais (os descritos como “outros”, “febre”, “motivo não declarado” e “a pedido médico”), sugerindo inconsistências no lançamento dos dados no sistema. De acordo com o quantitativo de avaliações fora do padrão do protocolo, percebe-se a recorrência das queixas descritas. Para Souza, Araújo e Chianca²⁵, essas falhas em determinar a queixa principal e os sintomas podem resultar da falta de especificidade das queixas existentes no protocolo, ressaltando-se que a determinação dos motivos de atendimento de forma correta são dependentes da relação enfermeiro-usuário, necessitando de um bom local para a avaliação, além de prévia capacitação dos profissionais em relação ao protocolo, de forma a melhorar sua confiabilidade.

Os dados relativos às especialidades com maior demanda apontam para uma maior procura pelos serviços de Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia e especialidades cirúrgicas. Estes dados confirmam o hospital como referência para essas especialidades. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados em hospitais de grande porte²⁶. Ao analisarmos o número de retornos na especialidade de Ortopedia e Traumatologia e os atendimentos realizados pela especialidade, percebe-se que, dentre 18.803 atendimentos, 31,63% foram relativos

a consultas de retorno, enquanto no serviço de Cirurgia Vascular as consultas de retorno foram responsáveis por 34,7% dos atendimentos, caracterizados na classificação de risco com a cor “branca”. Para Acosta e Lima²⁷, a procura frequente pelos serviços de urgência sugere obstáculos na utilização da rede de atenção. Em seu estudo, 27% dos usuários retornaram para reavaliação agendada e 73% retornaram de forma espontânea. De acordo com as autoras, os aspectos relativos à falta de articulação entre os serviços e a preocupação dos profissionais na manutenção do cuidado podem ser os motivos dos achados do estudo. Todavia, a frequência de retornos acaba distorcendo o propósito dos serviços de urgência. Nesse sentido, reconhecer o impacto desses atendimentos torna-se fundamental para reflexão e mudança de práticas.

Outro aspecto importante que chama a atenção nesta pesquisa refere-se à demanda aos serviços de saúde. Para dar conta de suas necessidades, as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços, tanto quanto a forma como a rede está estruturada²⁸.

O pequeno percentual de usuários (19,48%) referenciados a partir de outros serviços sinaliza para o fato de que os serviços hospitalares de urgência e emergência mantêm-se funcionando com um grande afluxo de demandas espontânea, o que pode culminar com sua superlotação. Esse quantitativo vai ao encontro de outras pesquisas, que confirmam esta tendência, em média de 80% do total de atendimentos, na busca da unidade hospitalar como principal porta de entrada do sistema de saúde¹⁸. Corroborando estes achados, alguns autores²¹ explicam a demanda espontânea, em parte, pela crença dos usuários na efetivação de suas necessidades por meio de consultas, acesso a exames e outras tecnologias, além do consumo de medicamentos, realização de procedimentos, dentre outros.

No contexto de existência de distorção no fluxo de pacientes na rede de serviços de saúde e de sobrecarga de atendimentos nos serviços de urgência e emergência, o acesso deve ser focado como um dos elementos do sistema de saúde relacionado à organização dos serviços, numa perspectiva de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde.

No processo de organização da demanda e para a concretização das redes, deve haver articulação de fluxos de encaminhamento dos usuários, de forma complementar a outros serviços, a partir das necessidades reais e conforme pactuação interinstitucional. A realização desta pesquisa demonstrou que somente 9,83% dos usuários não foram atendidos na instituição estudada, sendo referenciada para outras unidades de saúde, ou seja, a maior parte dos usuários classificados como não urgente (“Verde”) foram acolhidos e atendidos nesta instituição.

A melhoria da qualidade do atendimento está diretamente ligada às condições de acesso da população às unidades de saúde, sendo identificados como parâmetros importantes de avaliação do acesso: o acolhimento, o tempo de espera e a resolubilidade. Um importante aspecto a ser considerado na análise deste pequeno fluxo de encaminhamento refere-se à fragilidade da constituição da rede e ao fato de que a falta de atendimento é considerada um dos parâmetros que avalia de forma negativa os serviços de saúde. A perspectiva de ter o atendimento negado promove no indivíduo desconfiança e descrédito na unidade de saúde²⁹.

Pode-se observar que apenas 7,4% foram encaminhados para as unidades básicas, sendo que a maior parte (63%) foi referenciada para as UPAs. Nesse sentido, ressalta-se, mais uma vez, a inversão da lógica assistencial das redes encontrada

neste estudo, uma vez que a maior parte dos usuários acolhidos no serviço de urgência, de acordo com o pactuado no Plano Estadual de Saúde, deveria ser primeiramente acolhida nas UPAs e nas UBSs¹³.

CONCLUSÃO

Este estudo revela que a maior parte dos usuários procura o serviço de urgência como porta de entrada principal dos serviços de saúde, e os acolhimentos realizados pela classificação de risco são, em sua maioria, de baixa complexidade. Ademais, demonstra o grande número de retornos para as especialidades, incompatíveis com o propósito de um serviço de urgência e emergência e sobrecarregando o serviço de ACR. Esses dados relativos aos retornos das especialidades apontam para a necessidade de inserção do tema nas pesquisas em saúde coletiva.

Também identifica que os fluxogramas mais utilizados pelo acolhimento e classificação de risco são aqueles relativos a traumas e acidentes, coerentes com o tipo do serviço de urgência estudado. Todavia, a utilização de fluxogramas não oficiais pelo serviço de acolhimento e classificação de risco demonstra a necessidade de adequação do protocolo utilizado, com capacitação dos profissionais classificadores e qualificação dos registros lançados no sistema.

A análise demonstrou como a realidade ainda se encontra distante da possibilidade do acolhimento enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações, revelando obstáculos para que se alcance a resolução das necessidades de saúde de forma integral e contínua.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

- funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 2002. [Acesso em 30 abr. 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
2. O'DWYER G, OLIVEIRA SP, SETA MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.]; 2009 [Acesso em 07 mai 2016]; 14(5):1881-1890. Disponível em: URL:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030>.
 3. MAGALHÃES JUNIOR HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde Para Debate*. out 2014 [Acesso em 28 abr. 2016]; (52):15-37. Disponível em: URL: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>.
 4. JORGE AO, COUTINHO AAP, CAVALCANTE APS, FAGUNDES AMS, PEQUENO CC, do CARMO M *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg. Saúde Para Debate*. Out 2014, [Acesso em 28 abr. 2016]; (52): 125-145. Disponível em: URL:<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>.
 5. ESTELLITA-LINS C. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO R, LOPES TC. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc: Ims/Uerj: Abrasco, 2010. p. 67-100.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.
 7. MITRE SM, ANDRADE ELG, 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 Coletiva*. 2012; 17(8): 2071-2085, ago.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.
 9. Grupo de Triagem de Manchester. *Triagem do serviço de urgência*. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.
 10. Espírito Santo. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. *Plano Diretor de Regionalização*. 65p. 2011 [Acesso em 26 out 2015]. Disponível em URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>.
 11. Brasil. IBGE. *Censo Demográfico*, 2015. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 15 mai 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br>>.

12. Espírito Santo. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Hospital São Lucas adota sistema para otimizar atendimento. Diário Oficial do Espírito Santo, Vitória, 06 ago 2009. Cad. Saúde, p. 8.
13. Espírito Santo. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. 152p. Nov. 2012 [Acesso em 28 mar 2016]. Disponível em: <[http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano Estadual de Saude 2012 2015.pdf](http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf)>.
14. PINTO JÚNIOR D, SALGADO PO, CHIANCA TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(6):1041-1047.
15. STORM-VERSLOOT MN, UBBINK DT, KAPPELHOF J, LUITSE JS. Comparison of an Informally Structured Triage System, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to Distinguish Patient Priority in the Emergency Department. Academic Emergency Medicine. 2011; 18(8):822-829.
16. ARAUJO YM, dos SANTOS CM, GOMES MSM, SILVA ATMF, FERREIRA LBA. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. Persp. Online: biol. & saúde; vol 15. n 7, p 25-49, 2014.
17. GIGLIO-JACQUEMOT A. Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
18. GUEDES H, ALMEIDA AGP, FERREIRA FO, VIEIRA JUNIOR G, CHIANCA TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. Rev Enferm Referência. 2014; IV (1):37-44.
19. TOMBERG JO, CANTARELLI KJ, GUANILO MEE, PAI DD. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. Cienc. Cuid. Saúde, [s.l.], v. 12, n. 1, p.80-87, 9 out. 2013. Universidade Estadual de Maringá.
20. TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (sup 2):190-8.
21. AZEVEDO DSS, TIBÃES HBB, ALVES AMT. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. Rev Enferm UFPE [Online]. 2014 [Acesso em 15 mai 2016]; 10(8):3306-3313. Disponível em: URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4898/pdf_6228>.
22. GOMIDE MFS, PINTO IC, GOMIDE DMP, ZACHARIAS FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. Medicina Ribeirão Preto [Online]. 2012; 45(1): 31-38.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 04 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 (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 15 jan. 2014 [Acesso em 14 jul 2016]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.

24. RAMOS DD, LIMA MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27-34.
25. SOUZA CC de, ARAÚJO FA, CHIANCA TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(1):144–51
26. BECKER JB, LOPES MCBT, PINTO MF, CAMPANHARO CRV, BARBOSA DA, BATISTA REA. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): p.783-789.
27. ACOSTA AM, LIMA MDS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015; 23(2):337-344.
28. O'DWYER G, MATTA IEA, PEPE VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1637-1648
29. SOUZA ACC, MOREIRA TMM, da SILVA MRF, de ALMEIDA PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):535-539.

5.2 A PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DE UMA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.2.1 Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados quatro usuários encaminhados ao serviço social e quatro profissionais da equipe de acolhimento e classificação de risco. Os quatro usuários se constituíram em um homem e três mulheres, com idade variando de 29 a 65 anos. Três usuários têm ensino médio completo e um usuário referiu não ter estudado. Três usuários residem fora do município, mas dentro da região metropolitana e um usuário reside no município de Vitória. Entre os profissionais entrevistados, dois são enfermeiros que efetuam a classificação de risco e dois são assistentes sociais. Um possui especialização em urgência e emergência. Todos os profissionais atuam há menos de quinze anos na profissão. Entre os dois enfermeiros, um é diarista na instituição, um é plantonista e os dois assistentes sociais são plantonistas. Um enfermeiro é responsável técnico do serviço. A escala de plantão é em regime de doze por trinta e seis horas (12x36). Todos trabalham há menos de oito anos na UE e são celetistas, contratados de forma terceirizada, a partir da empresa ORDESC.

Todos eles tiveram seus nomes preservados e, ao longo do texto, foi inserida numeração após a letra U (para usuário), P (enfermeiro) e A (assistente social) para as citações correspondentes.

5.2.2 Análise dos dados

A análise temática realizada, a partir das entrevistas e dos relatos do diário de campo, evidenciou aspectos relacionados ao reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, à busca e utilização dos serviços de saúde e à continuidade do cuidado.

Utilizando Frenk (1985) e Rovere (1999; 2002), o acesso à rede de serviços de saúde, desde o reconhecimento da necessidade até a continuidade do cuidado, é atravessado por características dos serviços de saúde, em sua forma macropolítica, porém se relaciona intimamente com aspectos micropolíticos, baseados nas relações interpessoais reveladas no cotidiano dos serviços.

A partir dos conceitos de Frenk (1985) sobre acesso e acessibilidade e dos dados que emergiram na pesquisa, as categorias foram organizadas em três grupos, que estão intimamente relacionados e não se excluem. Assim, na primeira categoria foram apresentados os fatores relacionados à acessibilidade do usuário, no momento da busca por serviços (demanda). Entretanto, no contexto da análise da demanda na porta de entrada, os fatores relacionados ao desejo do cuidado também emergiram e serão expostos em conjunto. Na segunda categoria foram apresentados os aspectos relacionados ao processo de utilização do serviço, revelando barreiras organizacionais encontradas no interior do serviço estudado, e as tensões no processo de acolhimento e classificação de risco. Na terceira categoria foram apresentados aspectos relativos ao acesso durante o caminho percorrido pelo usuário, desde o reconhecimento da necessidade de saúde até a continuidade do cuidado.

5.2.3 Fatores relacionados à busca/demanda por serviços

Em relação aos domínios propostos por Frenk (1985) e os aspectos relacionados à rede propostos por Rovere (1999), a demanda pelos serviços de saúde enfrenta resistências organizacionais no ponto de entrada e dentro dos serviços, revelando ambiguidades no ato do acolhimento e classificação de risco, ausência de vínculo e não reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários.

Aspectos relacionados à busca pelos serviços emergem nas falas dos usuários, revelando que a superlotação dos PAs, e a falta de atendimento em determinadas especialidades nas outras unidades resultam na procura pelo hospital de urgência.

Então, aqui é referência, né, pra grandes traumas. Eu vim mais pra informação (U1).

Eu achei que aqui atendia de tudo, né. Os PAs superlotados. Um dos motivos de eu vir pra cá (U2).

Aí eu falei e lá falaram pra eu vir pra cá. Porque já tava com os exames e aqui tem neuro. Pra ver o negócio da cabeça. Vim mais pra conseguir atendimento com neuro. Também tava com dor. [...] por isso que eu vim. [...] achava que aqui consultava também (U3).

Outros componentes relacionados à acessibilidade são apontados nas falas abaixo, revelando que as demandas ao pronto-socorro se originam também de encaminhamentos informais, dificultando o acesso dos usuários aos serviços ofertados na rede e o cuidado integral de suas necessidades de saúde. É possível perceber que os encaminhamentos informais traduzem pouco comprometimento no cuidado com o usuário, sugerindo uma desresponsabilização dos profissionais encarregados do atendimento em outros serviços, já que delegam aos usuários a busca e a tentativa de atendimento em outro serviço de saúde.

Não, não fizeram encaminhamento nenhum. Só falou de boca. Não entrou em contato. Falou pra eu vir porque aqui eu ia conseguir (U3).

Um senhor chega mancando falando que o lado direito dele está morto. A enfermeira o questiona sobre sua ida e se veio encaminhado. Ele fala que foi na clínica dos acidentados e o médico de lá falou para ele vir ao hospital. O usuário tem alguma dificuldade para falar e está com todo o lado direito com força diminuída. Foi classificado com a cor laranja. Após alguns dias descubro que o usuário em questão foi diagnosticado com uma tumoração cerebral (Diário de Campo, 17/09/16).

Todavia, de acordo com Brasil (2009d, p. 1), “toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde”. Ademais, de acordo com a portaria, o encaminhamento a outros serviços deve ser realizado por meio de documento, com informações legíveis, tanto da unidade que está encaminhando, quanto das informações acerca da unidade referenciada, além de informações claras sobre o quadro de saúde do usuário.

Rovere (1999) afirma que a relação entre os serviços deve ser baseada em vínculos solidários, entre os trabalhadores e na relação trabalhador-usuário. O reconhecimento da necessidade de saúde deve ser o primeiro nível no encontro com o outro (ROVERE, 1999), e este processo está intimamente ligado à integração entre os serviços, que permeia as diretrizes da RAS, apoiada em relações mais humanizadas no atendimento ao usuário (BRASIL, 2011a).

Na fala dos trabalhadores abaixo é possível notar um forte discurso institucional, a partir da descrição minuciosa dos serviços ofertados e das principais demandas atendidas. Nas falas de P1 e P2, revela-se, na visão dos trabalhadores, a

importância da classificação de risco e da utilização do Protocolo de Manchester implementado no hospital. Os discursos procuram exaltar a relevância do processo de ACR e a responsabilidade dos profissionais que atuam na porta de entrada.

Temos o protocolo do hospital, além de emergência, trauma e déficit neurológico. SAMU, bombeiros, acidentes gerais. Utilizamos o protocolo de Manchester e a prioridade é pela gravidade. [...] A gente não tem dificuldade, a gente teve treinamento (P1).

Toda direção que passa pelo hospital, desde que foi implantado o Manchester, ele procura viabilizar esse tempo de atendimento rápido. [...] O paciente entrou pro PS, ele é de responsabilidade da classificação até fazer o primeiro atendimento e fazer novos exames. Por isso a classificação tem que estar integrada. [...] nós temos um fluxo, nossa classificação é muito organizada (P2).

A classificação de risco, ninguém sabe o que é a classificação de risco, nós explicamos (A2).

Rovere (1999) afirma que, na dinâmica grupal, quando surgem tarefas ou unidades de produção específicas dos grupos, em algum ponto as pessoas decidem transferir uma parte da sua identidade, ou narcisismo, a uma espécie do que ele denomina narcisismo de grupo. O autor também sugere outra forma de pertencimento, o narcisismo institucional, em que o trabalhador se apropria do discurso institucional passando a sentir-se parte do hospital em que trabalha.

Fatores relacionados à busca e demanda pelos serviços de saúde também surgiram no discurso dos profissionais. As falas abaixo revelam a concepção dos profissionais sobre o excesso de procura pelo serviço, elencando, como causas, os encaminhamentos de outras unidades, o excesso de retornos e o ideal da população de que o hospital é o serviço em que todos serão atendidos, pois se trata de um serviço “porta aberta”.

O hospital São Lucas é um hospital de trauma. [...] se for trauma vai ser atendido de qualquer jeito e deve ter até 7 dias. A não ser bem específico, quando já foi atendido aqui, apesar de muito tempo. [...] mas a população em geral sabe que é de trauma. Se tivesse mais conscientização da população, sobre onde ir e qual serviço procurar atendimento, diminuiria e as pessoas iriam saber, porque eles saberiam onde ir (P1).

Porque antes o hospital era porta aberta e quem fazia era a triagem, e essa triagem era feita pela recepção. A recepção é que escolhia quem ia ser atendido e quem não ia ser atendido. Não era por gravidade e trauma. Então era qualquer pessoa, né, qualquer usuário procurava a instituição. Porque agora a gente tem um sistema de Manchester informatizado, o que não era antes (P2).

Como fica mais próximo ou conhece, vem. [...] às vezes até inventam, porque nem foi no PA. E na maioria das vezes eu falo que vou dar o encaminhamento de volta ao PA, porque não é aqui (A1).

Então esse paciente vem para o hospital, vem pro Serviço Social mesmo que não vá ser atendido, (e fala) mas eu vim aqui, porque achei que aqui teria atendimento, porque eu vejo todo mundo vindo, todo mundo entra e eu achei que poderia entrar (A2).

Ainda nesse contexto de busca pelos serviços, a fala de A1 aponta para estratégias utilizadas pelos usuários na tentativa de acessar o serviço de urgência, porém, os discursos indicam uma culpabilização do usuário, a partir do entendimento de que ele é o responsável pelo grande número de demandas, faltando conscientização sobre os serviços oferecidos pela unidade hospitalar.

O uso de diversas ferramentas para a superação das barreiras encontradas se relaciona com a definição de 'poder de utilização' empregado por Frenk (1985), já que reflete a capacidade de ultrapassar as resistências encontradas durante a busca pelos serviços. De fato, na busca pelos serviços de saúde, os usuários se utilizam de todas as maneiras encontradas em seu contexto social e cultural para obter o acesso à saúde (CECILIO, 2012; ABREU *et al.*, 2012).

É possível perceber nas falas e no relato abaixo que do ponto de vista médico hegemônico, presente no serviço e nas práticas de saúde, a necessidade do cuidado não se constitui como demanda urgente. Assim, os profissionais desconsideram a necessidade e o desejo de cuidado, culpabilizando o usuário tanto pelo momento da busca quanto pela procura do hospital estudado.

Um usuário chega para atendimento com o dedo enfaixado. Conversa com o classificador que machucou o dedo há alguns dias e queria que alguém olhasse. A enfermeira solicita que deixe o ferimento aberto. Verifica e orienta o usuário que, do modo como está, já não há o que fazer. Questiona o porquê o usuário não procurou antes o serviço e ele se justifica, dizendo que ela não imagina como estava antes (Diário de Campo, 19/09/16).

Às vezes prefere vir porque não foi atendido, preferiu nem ir ou não foi bem atendido lá. Não deveria estar vindo pra cá (P1).

Percebe-se que no relato do diário de campo e na fala de P1 acima expressam-se lógicas diferentes das apresentadas pelos usuários. P1 sugere que a procura pelo serviço remonta a más experiências de atendimento, sejam por barreiras de acesso ou ausência de humanização em outros serviços da rede, afirmando mais uma vez que a demanda não se encaixa com a oferta de serviços da unidade hospitalar. Assim, as lógicas se contrapõem: de um lado, as demandas dos usuários e o desejo de cuidado, conflitando de forma permanente com a racionalidade inserida nas práticas de saúde.

Na concepção dos trabalhadores, o usuário com necessidades de saúde passa a ser o único objeto e sujeito de ação, sendo desconsiderados os fatores socioeconômicos e culturais (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007). Para estes autores, culpabilizar o usuário é um dos efeitos mais deletérios do mau funcionamento dos serviços, demonstrando o descompromisso e o mau entendimento dos trabalhadores, que acabam delegando unicamente à população a responsabilidade pela doença e pela demanda. Lima *et al.* (2012) afirmam que o modo de pensar dos trabalhadores também desconsidera a herança do modelo biomédico no modo de perceber a doença por parte da população.

Para Cecílio (2012), de um lado temos os usuários, vistos como centro de estratégias de normalização, de disciplinamento, para que o sistema funcione de forma adequada: as pessoas devem ser adequadas à racionalidade do SUS, que se expressa pelas missões de cada serviço de saúde, divididas em AB, MAC e urgência. Para cada serviço, um problema e desafio próprio. De acordo com o autor, no entendimento dos trabalhadores, a confusão dos usuários em procurar serviços não adequados para o atendimento é fruto de ignorância, desinformação e má-fé, necessitando de conscientização, maior educação e controle. Entretanto, reflete o autor, por mais que tentemos normalizar e enquadrar os usuários à lógica racional, a todo momento eles transgridem as regras estabelecidas.

Nessa perspectiva e analisando a busca por serviços a partir da porta de entrada, se evidenciam as tensões no momento do encontro entre usuários e profissionais,

quando se contrapõem o entendimento do usuário da sua necessidade de atendimento urgente (o desejo de cuidado) e o modelo biomédico das práticas de saúde, normatizadas institucionalmente.

Rovere (1999) assinala que o não reconhecimento do outro, ou de sua existência, se traduz na não aceitação da necessidade do outro que se apresenta. Este “não reconhecimento” conduz à desqualificação do pensar do outro e de sua singularidade. De acordo com o autor, tudo que se diferencia do que é considerado normal passa a ser rechaçado. Na área da saúde, pode ser traduzido como o não reconhecimento das necessidades de saúde e do desejo de cuidado apresentados pelos usuários.

Nesse sentido, Garlet *et al.* (2009) salientam que a escolha do usuário por determinado serviço pode ser relativa a experiências anteriores de acolhimento às suas demandas. É o tempo das necessidades (CECILIO, 2012). Nesse contexto, entre o que é (ou não) o problema de saúde para o usuário, a percepção de urgência se relaciona intimamente ao contexto social e cultural do sujeito (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Já para Abreu *et al.* (2012), apesar da necessidade de saúde também estar vinculada a situações não biológicas, a busca pelo atendimento imediato traz o modelo biomédico como prática social, que privilegia ações curativas, intervenções medicalizantes e hospitalocêntricas.

É possível perceber, a partir das falas dos profissionais abaixo, que frente ao propósito de ser um serviço de referência em trauma na RUE a busca pelo hospital de urgência em situações classificadas como não urgentes é entendida pelos trabalhadores como inadequada.

Quando é clínico eu tenho duas possibilidades: quando é risco de morte, eu classifico e mando pro clínico. Não é risco, eu classifico e mando pro PA (P2).

Por exemplo, tinha uma pessoa que trouxe uma criança, filha dela de onze anos e exigiu ser atendida aqui. Aí mandaram pro serviço social. Eu falei que aqui não atende criança, que tem o hospital infantil aqui próximo. Ela falou que não tinha carro. Eu falei que ela poderia ir de ônibus. Liguei pro infantil pra avisar. Mas ela não aceitou. Porque morava aqui do lado. Não aceitava (A1).

A fala de A1 acima revela a preocupação com a normatização institucional, desconsiderando o desejo de cuidado expresso pelo usuário. A fala de P2 também delimita o que é ou não adequado à instituição, desconsiderando a necessidade de saúde apresentada pelo usuário. Sua fala revela que, na sua concepção, a demanda clínica na porta de entrada só possui duas classificações: risco de morte e outras demandas, que considera inadequadas. Percebe-se que não parece haver espaço para o diálogo, para a possibilidade do reconhecimento e do conhecimento do outro no momento do encontro. Além disso, as falas acima revelam que o foco da produção de saúde na porta de entrada se concentra no domínio restrito, julgando somente se a demanda apresentada se encaixa no perfil de atendimento hospitalar, excluindo todos os fatores que permeiam o desejo de cuidado.

A partir dos níveis de classificação de Rovere (1999) para a construção de redes integradas, reconhecer o usuário e legitimar suas necessidades são os primeiros passos para a formação de relações mais humanas e solidárias. Não há rede sem pessoas, sem o estabelecimento de conexões entre os sujeitos. Nesse sentido, um modelo de CR que somente focaliza na demanda apresentada, sem o reconhecimento da necessidade de saúde do usuário, traduz relações muito burocráticas e pouco comprometidas com a centralidade do usuário.

A partir do fluxo de acontecimentos que ocorrem no domínio ampliado de Frenk (1985), as falas dos usuários entrevistados neste estudo revelam aspectos sobre o reconhecimento da necessidade de saúde, o desejo de cuidado e a busca por atendimento. As falas expressam que o fator que move a busca pelo atendimento, ou seja, a demanda, é o desejo de solução de seus problemas, mesmo que não sejam graves, porém carregam angústias e sofrimentos no cotidiano.

Mas lá (na clínica dos acidentados) eu só posso atender com o mesmo médico. Por isso que eu vim pra cá. Eu tentei ligar, mas eu não consegui falar pra saber se ele tava lá hoje. Por isso eu vim pra cá. Vim pra tentar atendimento (U2).

E também esse problema, que quando vou ficando cansada a voz vai falhando. E esse problema no olho de ficar vermelho, não sei se é problema da cabeça, que dá umas fisgadas. Aí eu vim pra cá. Porque agora tem cansaço e dormência nas pernas (U3).

Os resultados acima também revelaram que os usuários buscam o hospital de urgência após o reconhecimento de sua necessidade, na expectativa de acessar o sistema de saúde. Para U3, suas necessidades de saúde a angustiam e são suficientes para iniciar a busca pelo cuidado. As falas também expressam as incertezas que permeiam a busca pelo serviço de saúde.

Os dados abaixo evidenciam que, para os usuários, o hospital apresenta-se como o seu último recurso na busca pelos serviços de saúde a fim de sanar seu desejo de cuidado. Na fala de U1 evidencia-se que, apesar de reconhecer que sua demanda não será absorvida na unidade hospitalar, o usuário espera que ali possa obter alguma informação que facilite seu acesso aos serviços de saúde. Porém, em sua fala, é possível perceber que ainda permanece alguma esperança em ter sua necessidade de saúde reconhecida no local. O relato do diário de campo também revela que o profissional que classifica possui o mesmo entendimento sobre o serviço hospitalar, revelando como se dá o fluxo dos usuários entre os serviços da rede, destacando o hospital como último auxílio para a utilização dos serviços de saúde. O relato e a fala de U1 contrastam com a fala de A2, que revela sua concepção sobre o imaginário dos usuários a respeito da unidade hospitalar, sugerindo que o local é o melhor serviço para a o tratamento das demandas.

[...] eu queria vir aqui no São Lucas já sabendo que eles não iam fazer isso pra mim. Mas eu pensei. Vou lá porque eles vão saber, eles devem ter algum outro local pra me encaminhar. Aí falei com minha irmã. Ela falou “quem sabe você não vai ser atendido?” (U1).

Outro usuário chega, relatando problema nos olhos e questionando se será atendido ou se deve ir a um serviço particular. O enfermeiro orienta a aguardar, porque “normalmente eles atendem e encaminham pra cá mesmo” (Diário de Campo, 17/09/16).

O sistema não tem esses atendimentos, o senhor tem uma dor no pé e não tem trauma, mas ele vem aqui pro hospital, porque ele é reconhecido no estado inteiro como se fosse o cuidador de todos, então é o que aparenta, ele vem mesmo durante o dia pra ser atendido (A2).

Ao contrário de outros estudos (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005), os resultados acima sugerem que a busca pela UE não ocorre pelo imaginário dos usuários sobre o serviço hospitalar resolutivo e ágil, porém, concordando com Furtado, Araújo Junior e Cavalcanti (2004), as falas sugerem que

a procura pelo hospital estudado se dá como uma “válvula de escape”, apontando inicialmente para fragilidades da rede, pois não há absorção das demandas nos serviços pré-hospitalares.

No contexto de busca pelo cuidado, Cecílio (2001) define que demanda pode ser entendida como necessidades de saúde moldadas pela oferta de serviços. Assim, as demandas aos serviços de saúde traduzem necessidades individuais, porém interferem na forma de utilização dos serviços (SANTOS; PENNA, 2013). Para as autoras, a procura pelo atendimento é para o encontro de resposta àquele adoecimento, relacionada à confiança depositada nos profissionais e na realização de exames. Outros autores também compartilham dessa afirmação (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Para eles, o grau de confiança depositado em um serviço de saúde está vinculado à estrutura do serviço, como a tecnologia presente e a capacidade técnico-científica dos profissionais.

Essa ideia de confiança e segurança em relação ao serviço de saúde influencia o acesso e pode ser inserida na dimensão aceitabilidade, a partir de Thiede e McIntyre (2008). Para os autores, considerando a existência de fatores subjetivos que influenciam a avaliação dos usuários e a escolha do serviço, esta dimensão se relaciona com expectativas e aceitação do cuidado recebido. Para Travassos e Martins (2004), a utilização de serviços depende essencialmente da disponibilidade, dimensão proposta por Thiede e McIntyre (2008), representando a existência ou não do serviço no local e momento apropriado. Frenk (1985) sugere que a disponibilidade, semelhante ao conceito de Donabedian (2003), além de representar a existência física do serviço, também se constitui como a capacidade de produzir serviços. Assim, mesmo no contexto de existência física do serviço de saúde, a acessibilidade pode não ser concretizada, já que depende, essencialmente, das resistências encontradas após o reconhecimento da necessidade de saúde (FRENK, 1985).

Dentro da temática sobre a busca por serviços, surgiu, nas falas dos profissionais, diversas concepções sobre as demandas referenciadas ao serviço. É possível notar a crítica ao acesso dos usuários em outros pontos de atenção pertencentes à RUE e ao fluxo existente entre os serviços da rede, sugerindo que a alta sobrecarga de

atendimentos na UE pode também ser explicada pelos encaminhamentos de outros municípios e pelo excesso de encaminhamentos originários dos PAs.

A dificuldade maior que temos, eu acredito, é que nem todos os locais dá (sic) assistência ao paciente. Tem instituição pra ver isso. Mas encaminham pra cá. Como outros municípios. Serra por exemplo. Tudo vem pra cá, porque sabe que tem aqui (P1).

Às vezes vem com carro da prefeitura e o carro vai embora, às vezes não espera. Muito complicado. [...] vem encaminhado. Vem regulado. Nós conversamos com colegas, vem de transferência. Coisas absurdas acontecem (A2).

Porque ficou uma bola (PA encaminhando) (A2).

PA encaminha muito, a gente recebe gente do interior, mais da parte sul, de outros municípios, é bem grande (P1).

Esses dados sugerem que os encaminhamentos aos hospitais são consequência da posição central que as unidades hospitalares ainda apresentam dentro da rede de serviços.

Em relação às demandas referenciadas de PAs, as afirmações dos profissionais foram confirmadas a partir dos dados obtidos dos relatórios da ORDESC, já que 61,5% dos encaminhamentos no período analisado foram referenciados a partir de PAs. Todavia, a partir dos dados secundários obtidos dos relatórios da ORDESC, menos de 3% dos usuários foram provenientes de regiões de saúde fora da região metropolitana e apenas 7,6% foram originários do município de Serra.

O fluxo entre os pontos de atenção foi previamente definido na PNAU e no plano de atenção às urgências da região metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2012). De acordo com a PNAU (2011a), as UPAs devem compor uma rede organizada de atenção às urgências em conjunto com as unidades hospitalares e as unidades básicas. Para isso, devem dispor de tecnologias para a absorção das demandas clínicas e para o primeiro atendimento às demandas cirúrgicas e traumas. Ressalta-se que de acordo com a política essas UPAs devem sempre encaminhar os usuários aos serviços hospitalares de urgência, caso seja evidenciada a necessidade de atendimento em nível de maior complexidade.

Os retornos agendados também refletem aspectos relativos à busca por serviços de saúde. O discurso dos profissionais e o relato de campo apontam para o excesso de classificações na cor branca, definida, no Protocolo de Manchester, como não compatível ao serviço de urgência. Na instituição, a cor branca é utilizada para os retornos de usuários ao serviço. É possível notar que, na visão da assistente social, o maior número de atendimentos no período matutino deve-se aos retornos ao serviço. Essa fala é corroborada pelos relatos, que evidenciam o excesso de atendimentos de retorno na unidade hospitalar.

E tem também que no Manchester não aparece, que é a cor branca. Que são os retornos. É muita gente que faz retorno na instituição. A instituição não atende só demanda de primeira vez, é muito retorno pela manhã, vai de 7h da manhã, quando inicia o plantão, tanto o diurno e o plantão quando inicia às 19h, dá mais retorno que atendimento. [...] Mas assim, tem 20 retornos no período da manhã, 30 retornos, que é uma coisa louca (A2).

Entre os atendimentos, há usuários com senha para atendimento de retorno com o neurocirurgião, apesar do (sic) consultório ser em outro local. Os pacientes são classificados como branco e orientados a ir no local do consultório para atendimento de retornos com o profissional. Nessa manhã, foram muitos os usuários de retorno encaminhados para atendimento com o serviço social (Diário de Campo, 19/09/2016).

Após meia hora de observação, somente um paciente havia chegado por demanda. Todas as outras classificações foram de retorno. Sem um número exato, arrisco dizer que 90% dos atendimentos até as 9h foram de retorno de especialidades (Diário de Campo, 23/09/2016).

Os dados abaixo sobre as demandas agendadas explicitam outro cenário que se apresenta na porta de entrada, refletindo também aspectos da continuidade do cuidado. É possível notar, a partir das falas, que a continuidade do cuidado pode ser realizada na instituição, porém, percebe-se que o retorno é permeado por normas institucionais que não privilegiam o usuário e sua necessidade de saúde, revelando práticas perversas, que traduzem a falta de vínculo e responsabilização no cuidado com o usuário.

São demandas diversas, como cirurgia e laudos. Após o acontecido, comento sobre os retornos e os profissionais falam que esse sistema atrapalha (e muito) o processo de trabalho (Diário de Campo, 23/09/2016).

Então, às vezes é branco só que vem no dia da equipe errada, e a gente dá orientação pra retornar com a equipe certa, no dia certo (A1).

Porque aqui funciona assim. Por equipe. Se você entrou na equipe diurna, seu atendimento vai ser só por aquela equipe. Se você sofreu acidente e foi na equipe noturna, só vai ser sempre o retorno pela equipe noturna. Se for dor pequena ele vai pro PA e vai aguardar o dia da equipe dele (A2).

No que concerne ao domínio intermediário, os dados analisados sugerem que, no momento da continuidade do cuidado, há dificuldade de articulação dos serviços de urgência com a RAS. Também apontam para a existência de obstáculos na contrarreferência à atenção primária e secundária.

A desresponsabilização institucional, traduzida nas práticas de saúde realizadas pelo serviço de ACR, também é evidenciada a partir do relato do diário de campo e no discurso de A2, onde é possível verificar que, a despeito de sua necessidade de atendimento, esses usuários, em sua busca pela concretização da acessibilidade, são submetidos à regulamentação do serviço, subjugados com negativas de atendimento e estigmatizados em sua busca pelo cuidado. A fala de A2 aponta também que, na sua concepção, a rede de serviços de saúde para a continuidade do cuidado é ausente, já que sugere a criação de uma rede somente para retornos institucionais.

Outro usuário chega. O procedimento padrão é feito. Ao questionar porque está lá, ele fala que está ainda com dor e foi atendido há uma semana. Logo depois sentiu dor de novo e veio, mas o atendimento foi recusado porque não era o plantão que havia feito o primeiro atendimento, sendo orientado a procurar um PA. Hoje então ele voltou porque era a mesma equipe que tinha realizado o atendimento (Diário de Campo, 23/09/2016).

Agora retorno não devia estar aqui. Eu acho horrível os retornos (sic). Acho horrível. Acho que não deveria ter. Eu acho que dificulta. Acho que aqui devia ser só atendimento. É pronto-socorro. O próprio nome já diz. Não deveria ter retorno pra nada. Seria só atendimento. Ah, a pessoa deve ser acompanhada. Devia ter uma rede só pra atender esses retornos. Porque aí não vai fazer essa mistura, essa salada mista aqui no meio, de paciente de retorno no meio do corredor, vem paciente pra atendimento e paciente que "tá" internado. Não. Seria paciente só pro primeiro atendimento (A2).

Os achados desta pesquisa, em relação à concepção dos profissionais sobre a demanda no serviço de urgência, são semelhantes ao estudo de Marques e Lima

(2007), no qual verificaram que os profissionais entrevistados consideram que a utilização dos serviços de urgência, em casos eletivos e de retorno, descaracteriza o propósito dessas unidades, colocando o usuário em posição de negociação com os profissionais de saúde, para que tenha seu atendimento permitido.

De acordo com Acosta e Lima (2015) em seu estudo, entre os retornos atendidos no hospital, 27% foram solicitados pelas equipes de saúde para reavaliação de suas condições. Já os retornos não agendados traduzem a busca pelo serviço de urgência pelos mesmos motivos que levam os usuários a procurá-los pela primeira vez, além de sugerir que há o vínculo com a instituição, adquirido em seu atendimento anterior. Para as autoras, esses atendimentos acabam por ocasionar demandas não urgentes no serviço de urgência e emergência.

Soril *et al.* (2015), em revisão sistemática, verificaram que a continuidade do cuidado, a partir da integração e articulação entre os serviços em rede, permite um melhor manejo das vulnerabilidades e diminuição de uma nova procura pelo hospital de urgência. Bieler *et al.* (2012) identificaram que os usuários de retorno nas unidades de urgência possuem maior vulnerabilidade social e de saúde, necessitando um melhor manejo desses casos para que se promova um acesso mais equitativo aos serviços de saúde.

O reconhecimento de vulnerabilidades se insere nos primeiros níveis de Rovere (1999), onde a aceitação e o interesse no outro são requisitos para a construção de redes; assim, a ausência de reconhecimento da necessidade de saúde, geradora da demanda que se apresenta na porta de entrada, implica na permanência de barreiras para a construção de uma rede de serviços pautada na humanização e que privilegie o cuidado centrado no usuário.

No contexto macropolítico, as diretrizes que compõem a RAS e a RUE determinam que os usuários do sistema de saúde devem ter assegurados a continuidade do cuidado para suas necessidades de saúde por meio de articulação com outros pontos da rede, além da utilização de um modelo de atenção que seja centrado no cuidado do usuário. Assim, o fluxo dos usuários dentro da rede deve abranger o domínio ampliado de Frenk (1985), ou seja, do momento de reconhecimento da necessidade de saúde do usuário até a continuidade do cuidado.

Todavia, a partir da observação e das falas dos profissionais, revelou-se um cenário diverso do preconizado na PNAU e nas diretrizes da RAS, com fragmentação e desarticulação entre os pontos de atenção e o serviço hospitalar de urgência.

Observando a micropolítica, destacam-se ações meramente burocráticas, revelando ausência de vínculo entre as pessoas e vínculo institucional, concentrando práticas de saúde apenas no domínio restrito, sem que o reconhecimento do desejo de cuidado e, mais profundamente, a aceitação do outro em sua subjetividade, façam parte do agir cotidiano dos profissionais de saúde.

5.2.4 Aspectos relacionados ao processo de utilização do serviço de saúde

Outro ponto da acessibilidade, a utilização dos serviços de saúde, aparece de forma evidente nas falas dos usuários e profissionais entrevistados. Prevalencem nos discursos os modos de interação entre os usuários e profissionais, que se utilizam de acolhimento e classificação de risco na UE. É possível notar que, assim como Travassos e Martins (2004) analisam a utilização de serviços, as relações entre os profissionais e usuários dentro dos serviços de saúde é que definirão se e o quanto o uso será ou não efetivado.

Dos discursos dos usuários sobre a utilização do serviço, após o contato com os profissionais, emerge a satisfação com a rapidez da classificação e a valorização do acolhimento realizado pelo serviço social.

Ah, aqui posso dar uma nota 10. Fui muito bem atendido. Assim, eu vim na sorte, né (U1).

Bom, foi a primeira vez que vim aqui e eu acho que fui bem atendida (U3).

Excelente. Foi rapidinho (U4).

Os resultados abaixo destacam ainda a concepção da classificação de risco pelos trabalhadores como fundamental na otimização do tempo de espera e priorização dos usuários mais graves. Percebe-se também que há a valorização da norma pelos profissionais. Além disso, a despeito da validade do protocolo, os relatos abaixo evidenciam como a produção de saúde depende efetivamente da relação

trabalhador-usuário e da concepção que o trabalhador carrega frente à busca do outro pelo cuidado. É possível notar que o formato de atendimento da classificação de risco é para a obtenção de triagem rápida, focado nas queixas e localização do problema e voltado ao modelo biomédico.

Na sala de classificação de risco conversei com os enfermeiros sobre os usuários e, de acordo com eles, é muito importante que a classificação seja realizada de forma correta, mas no menor tempo possível (Diário de Campo, 23/09/16).

Pelo que tenho visto, eu considero a classificação do hospital mais fidedigna dos que eu já passei. Eu acredito que é bem eficiente (P1).

O enfermeiro tem de 3 a 5 minutos pra fazer a classificação (P2).

Acho a classificação excelente. Porque ele vem pra amenizar muito. Porque o tempo de espera é baixíssimo, melhor do que na rede privada (A2).

As falas apontam a ambiguidade presente na prática do dispositivo, pois apesar de a ACR ser uma tecnologia da PNH, a realidade demonstra que o foco na queixa, centrado na doença, se assemelha à triagem por ordem de chegada.

A valorização do protocolo, pelos trabalhadores, como um dispositivo fidedigno, e a valorização da norma que rege o ACR contrastam com os achados na análise dos dados da ORDESC, já que quase 37% dos motivos de atendimento lançados no sistema de gestão não fazem parte do Protocolo de Manchester.

Prudêncio *et al.* (2016) verificaram que, na visão dos trabalhadores, a classificação de risco é considerada um instrumento fundamental para a porta de entrada de serviços de urgência. O protocolo de classificação de risco é utilizado no direcionamento e avaliação de prioridades de atendimento, de forma a agilizar e identificar aqueles que demandam atendimento imediato (GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER, 2002). Diversos estudos comprovaram que o protocolo possui, como qualidades, o atendimento ágil e a avaliação mais precisa em relação ao quadro apresentado (PINTO JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012; OLIVEIRA; PINTO, 2015). Todavia, a identificação da demanda como adequada ou não ao serviço, a partir do Protocolo de Manchester, acaba não contemplando o reconhecimento das necessidades e o desejo de cuidado do usuário, presentes no

domínio ampliado de Frenk (1985). Rovere (1999) aponta que essas normatizações nos serviços de saúde podem tornar invisíveis os problemas trazidos pela população, deslegitimando suas necessidades de saúde.

Franco e Franco (2012) afirmam que o conceito de verdade que o trabalhador constitui, tanto em relação ao seu trabalho quanto ao próprio cuidado em saúde, pode ser traduzido nas formas de agir em relação ao usuário. Nesse sentido, quando as práticas de cuidado de determinado serviço são centradas em atos prescritivos e burocráticos, avalia-se que “os trabalhadores estão fixados no território existencial do modelo biomédico e têm sua subjetividade inscrita nos saberes e significados que este modelo atribui ao ato de cuidar” (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 229).

É possível perceber a partir dos discursos abaixo que o protocolo não contempla as demandas subjetivas, relacionadas a aspectos afetivos e socioculturais. Percebe-se então que o reconhecimento e o conhecimento sobre essas demandas, que fogem do protocolo institucional, dependem da avaliação do profissional que realiza a classificação de risco e, quando não há o reconhecimento institucional dessa demanda como genuína, o serviço social se apresenta como uma alternativa para a efetivação da acessibilidade ao serviço estudado. Nesse sentido, toda a avaliação da classificação de risco é trabalhador-dependente.

Ah, igual eu, a enfermeira chegar assim e vê você, não sabe se você “tá” sentindo dor, ou muita dor. Te dá (s ic)um verde e ela não sabe, “né”. Então eu acho meio injusto. Prefiro por ordem de chegada (U2).

Também me contou de outro momento, em que negaram atendimento de uma senhora idosa, sem família. Ela passou três dias procurando atendimento e retornou ao hospital. Quem a atendeu posteriormente, percebeu o risco social e conseguiu que o especialista a atendesse, reforçando que o protocolo não contempla casos como esse (Diário de Campo, 05/09/2016).

E às vezes o que a pessoa “tá” passando é grave. Entendeu? Pra classificação, de acordo com o protocolo, não é (A1).

A fala de U2 acima, sobre o sistema de classificação de risco, revela o desencontro entre o trabalhador e o usuário, retomando o desconforto gerado entre o conceito de urgência adotado pelo usuário, carregado de subjetividades, e aquele captado pelo

profissional, influenciado pelo modelo biomédico e tecnicista. Sua fala expressa uma sensação de injustiça quando o protocolo é utilizado, pois não visualiza suas necessidades de saúde sendo reconhecidas ao ser classificada como baixo risco. A injustiça que permeia a lógica normativa do protocolo também é evidenciada no relato do diário de campo e na fala de A1, onde é possível notar que o uso do protocolo, limitando-se à normatização do dispositivo, pode transformá-lo em um instrumento de barreira na utilização do serviço de saúde, caso não sejam analisadas as fragilidades da rede e a conjuntura social que leva o usuário a procurar atendimento no serviço hospitalar.

Nesse sentido, reconhecer a necessidade de cuidado, envolta de subjetividades, é reconhecer a existência e importância do usuário, com direitos e singularidades, para que se possa compreender o mundo que o cerca. Para o autor, não há redes sem que se reconheça o outro como um interlocutor válido. Só assim será possível reconhecer toda a realidade que é trazida pelo usuário no momento do encontro com a instituição procurada (ROVERE, 1999).

Souza, Araújo e Chianca (2015) ressaltam que a classificação de risco depende da interação enfermeiro-usuário para identificação da queixa corretamente. Coutinho, Cecílio e Mota (2012) afirmam que a aplicação do protocolo de forma correta depende de treinamento e experiência dos classificadores. Entretanto, além da dimensão técnica, a micropolítica do processo de classificação compõe um campo de práticas, saberes e relações de poder, no ato do cuidado. Nesse sentido, a utilização do protocolo por alguns profissionais, mesmo após a PNH, ainda tem se configurado de forma mecânica e impessoal (ARAUJO *et al.*, 2014).

Falk *et al.* (2010) afirmam que o usuário, no ato de acolhimento pelo profissional, considera importante a atenção, referente à educação e cordialidade no atendimento, a rapidez, relacionada ao tempo de espera até ser atendido na sala de classificação, e a resolutividade, que se relaciona à solução do problema que o levou ao serviço de saúde. O usuário não se queixa da falta de tecnologia no seu atendimento, mas sim da ausência de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de seu problema de saúde (MERHY, 1998). Oliveira e Pinto (2015) apontam que a proposta de acolher e classificar vai além da agilidade e cordialidade percebida pelos usuários.

De acordo com Maciel-Lima e Carabagielle (2014), apesar do ACR evitar distorções na valorização da queixa dos usuários, promover uma escuta qualificada e organizar a demanda, o dispositivo ainda possui muitos limites, como inadequada referência/contrarreferência (e acúmulo de usuários no sistema), atendimento de forma mais superficial a casos considerados menos graves, relação impessoal entre profissional e usuário e falta de informação à população sobre o processo. Nesse sentido, mantém a avaliação centrada na queixa-conduta, com critérios definidos a partir de protocolos. Assim, no momento da classificação, o usuário pode ser levado a exagerar em suas queixas, compreendendo que o profissional classificador é quem irá decidir se deve ou não ser atendido, ou por qual especialidade, limitando sua autonomia e eternizando sua insatisfação (MITRE *et al.*, 2012). Para as autoras, corre-se o risco de promover maior exclusão dos usuários ao SUS, caso o acolhimento seja tomado apenas como um PA e um serviço de triagem.

No processo de utilização do serviço pelo usuário, é possível notar, a partir do relato de diário de campo, a fragmentação do trabalho de enfermagem no setor de classificação. Esta fragmentação evidencia um processo de trabalho burocrático, como no modelo taylorista, onde cada trabalhador fica responsável por determinada tarefa, na intenção de aumentar a agilidade e efetividade do processo de trabalho.

Também chega uma ambulância dos bombeiros com um paciente na maca. A técnica de enfermagem verifica os sinais vitais enquanto o enfermeiro conversa com o bombeiro. A técnica repassa em um pequeno papel os sinais vitais e entrega ao enfermeiro. O enfermeiro mais antigo termina por orientar o enfermeiro mais novo sobre qual motivo de atendimento deve ser colocado no sistema. (Os sinais vitais são aferidos pela técnica de enfermagem em todas as classificações, somente quando o classificador entende que o caso necessita da aferição dos parâmetros.) (Diário de Campo, 17/09/16).

Rovere (1999) afirma que o modelo burocrático, incorporado nas instituições, é semelhante às linhas de produção industriais, onde cada trabalhador sabe o que produz, mas não se importa com a forma que é produzido. Assim, cada profissional se encontra compartimentalizado, sem que se formem vínculos promotores de cooperação entre as pessoas. Nesse contexto, essas estruturas presentes nos

processos de trabalho em saúde acabam estimulando o individualismo e não produzindo sujeitos.

Na expectativa da efetivação da acessibilidade – neste caso, o atendimento médico – fica evidente, nas falas abaixo, o descontentamento com o modo como são avisados que não conseguirão atendimento médico na unidade hospitalar, somente após a classificação e posterior chamada pelo serviço social, revelando a omissão e desresponsabilização dos trabalhadores frente ao usuário. Os resultados evidenciam que, na visão dos usuários, esse processo, compreendido entre a classificação e a descoberta da negativa de atendimento, representa uma etapa desnecessária e perversa. Esse sistema acaba criando expectativas em relação ao atendimento, trazendo a quebra do vínculo de confiança, insatisfação e grande tensionamento com o ACR do hospital.

O acolhimento e orientação aos usuários que não serão atendidos na unidade hospitalar é realizado apenas pelo serviço social. O enfermeiro atua classificando o usuário de acordo com o Protocolo de Manchester e solicitando que aguarde a chamada na recepção. A descoberta que não terá sua demanda resolvida ali na unidade só se dá posteriormente, com a chamada de sua senha para a sala do serviço social (Diário de Campo, 17/09/2016).

A enfermeira faz a ficha, circula o número da senha e fala que quando a senha aparecer na tela, ele deve entrar na sala ao lado (não falou que era a do serviço social). (Diário de Campo, 23/09/16).

A assistente social até que ela me explicou direitinho, mas a enfermeira não me explicou nada não. Não gostei muito não. Fiquei sabendo quando tava na senha 62 e eu fui falar que o meu era 61 e eles falaram que não. Que eu era pra outro lugar. Ela tinha que ter me falado lá dentro que não ia ser atendida aqui, né. Eu ia embora logo (U2);

Eu pensei que eu seria atendida aqui. Só soube quando entrei aqui (U4).

Rovere (2002) aponta que a omissão advém da ideia de permitir que algo aconteça, mesmo sabendo que poderia ser evitado. O autor afirma que os atos de omissão no serviço de saúde refletem o conceito implícito de quem tem direito à saúde e a concepção de quem é o outro com quem se relaciona. Nesse contexto, as relações interpessoais também se configuram como redes que se formam dentro das instituições. Para o autor, as necessidades da população que procura o serviço de saúde devem ser levadas em conta por aqueles que trabalham no atendimento, a

partir de cooperação e comunicação entre os usuários e trabalhadores, criando uma rede de redes, que não somente atenda às necessidades de saúde reveladas, mas que se articule intersetorialmente para promover a satisfação daqueles que buscam o serviço. Todavia, modelos organizacionais que expropriam a responsabilidade e a autonomia dos trabalhadores acabam influenciando os mesmos a expropriar a autonomia e responsabilidade da população a que assiste.

Os atos de omissão também aparecem nos relatos abaixo, refletindo o não comprometimento dos profissionais da classificação com as demandas, se isentando da responsabilidade pelo ato de cuidado com o usuário. O relato e a fala de P2 revelam que não existe colaboração, ou seja, não há ajuda esporádica no encontro trabalhador-usuário. Para o profissional, o ato de classificar não inclui explicar ao usuário sobre a negativa de atendimento. É possível notar que os trabalhadores se utilizam da máscara institucional, com ações fundamentadas apenas nos protocolos determinados pelo serviço.

Questiono de novo sobre não falar ao usuário sobre o não atendimento e elas repetem, dizendo que isso seria complicado, pois o paciente poderia criar problemas na classificação (Diário de campo, 23/09/2016).

Nós evitamos mesmo falar que não vai ser atendido aqui, justamente pra evitar o atrito (P2).

É muito complicado. Porque eles ficam lá fora achando que vão ser atendidos, esperando um atendimento. Aí chegam aqui na minha sala e eu me identifico, dizendo que sou assistente social, qual a referência do hospital, etc. Dizendo que o caso dele não é aqui, que o atendimento é no PA. Eles falam, chateados, que não acreditam que ficaram esperando ali o tempo todo, e porque que o enfermeiro não havia falado isso logo, porque teve que esperar pra falar comigo. [...] algumas pessoas entendem, mas a maioria não aceita. [...] Toda vez, né, se eu for, imagina, eu procuro atendimento e chego lá na expectativa de ser atendida e a pessoa falar que meu atendimento não é ali, eu ficaria muito brava também (A1).

Os discursos abaixo reforçam essa máscara institucional, com ações burocratizadas e desprovidas de vínculo e afeto. Os profissionais da classificação possuem uma autoimagem que os distancia do contato com o usuário, delegando este contato mais próximo, humanizado, ao serviço social. É possível perceber que P2 até compreende o direito à saúde dos usuários, porém se abstém de ser ele o promotor desse direito.

Quando chega e não é pra cá, a gente aborda com o acolhimento e eles normalmente entendem. Mais de 90% compreendem o que a gente orienta (P1).

Porque tem pessoas que aceitam ser encaminhadas, outras não. Porque você sabe que o SUS é universal, então ele não diz que o paciente não pode ser atendido. [...] O serviço social tenta resolver o problema (P2).

Tem dificuldade de compreensão. E pra eles entenderem agora, na atual situação é difícil, mas o serviço social tenta fazer esse trabalho (A2).

Souza *et al.* (2008) afirmam que os usuários têm dificuldade em aceitar que outro profissional decida sobre seu acesso à consulta médica desejada. Ademais, Araújo *et al.* (2014) relatam que o usuário se vê perdido em meio a diversas pactuações e protocolos existentes nos serviços de saúde, colaborando para as tensões no encontro trabalhador-usuário. Nesse sentido, não há como existir compreensão sem informação. Melhorar a informação dada aos usuários os empodera, tem possibilidade de disparar maior autonomia e pode promover uma melhoria no acesso aos serviços de saúde. Essas relações entre o profissional e o usuário e entre a instituição e a população se constituem de acordo com Rovere (2002), em atos de solidariedade com o outro, caracterizando o nível de cooperação, onde há maior aprofundamento dos vínculos.

Nota-se, nos relatos abaixo, que no momento da utilização do serviço de ACR o papel do enfermeiro se restringe ao ato de classificar de acordo com o risco, e o acolhimento é entendido, pelo profissional, como um ato restrito ao assistente social. Além disso, o tempo de escuta, que, *a priori*, deve ser qualificado, não é valorizado. Observa-se também que a desresponsabilização e a quebra de vínculo trabalhador-usuário permeiam as relações existentes, sem que haja o reconhecimento do outro e de suas necessidades de saúde.

A partir que ele foi classificado, o serviço social pode gastar 30 minutos, 40, 50, pode ouvir. Então, o que que acontece, o profissional do serviço social ele tá aqui pra isso, pra resolver. [...] pra isso que tem o serviço de acolhimento com classificação. Ainda tem alguns enfermeiros que cometem o erro de explicar, mas eles são orientados 100% a não explicar, porque esse é um papel do serviço social. Senão seria só classificação, não teria serviço social (P2).

Converso com o profissional na sala da CR e ele fala sobre problemas do serviço. Diz que não sabe se vai ter acolhimento no novo contrato e que talvez os enfermeiros façam os encaminhamentos. Eu questiono sobre isso e ela fala que nos PAs já é assim. “É menos humanizado, mas eles fazem” (Diário de Campo, 07/10/16).

Eu explico que ali o papel do enfermeiro é classificar. Eu sou de acolher e orientar (A1).

No relato do diário de campo, a fala do profissional aponta que o processo de classificação não contempla efetivamente a humanização preconizada. Os discursos revelam que a desresponsabilização e a falta de acolhimento exercidas pelos enfermeiros são consideradas normais, ou seja, na visão dos profissionais, seguir o protocolo institucional sem reconhecer e formar vínculos com o usuário é o modo correto de operar as práticas de saúde. Além disso, é possível perceber que cada categoria se situa em um campo de responsabilidades, excludentes e pouco integradas, dividindo o processo de atendimento no momento da utilização do ACR. Essas práticas se assemelham, novamente, ao modelo taylorista, burocrático, de divisão de tarefas, com o intuito de dar maior agilidade no processo de trabalho. Essa divisão de tarefas traduz o que Rovere (1999) chama de divisão vertical do trabalho, quando são recebidas ordens e o trabalho é realizado sem a preocupação de julgar se é ou não a atitude correta, delegando este julgamento a outro nível. Para o autor, é necessário que se rompa com este modelo, diminuindo a individualização e assumindo corresponsabilidades dentro dos serviços.

Todavia, diferentemente do verificado, o acolhimento nas portas de entrada de urgência deve ser entendido como algo que qualifica a relação entre os sujeitos, e pode ser apreendido em todo encontro no serviço de saúde. Não é um espaço, um local, e não está limitado a um profissional específico para fazê-lo, implicando o compartilhamento de saberes e angústias (BRASIL, 2009b). Assim, de acordo com a PNH, a escuta às demandas dos usuários deve ser qualificada, com responsabilização pela resolução dos problemas apresentados (FALK *et al.*, 2010). Nesse contexto, o ato de acolher proposto pela PNH deve ser realizado por todos os profissionais inseridos nos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

Pai e Lautert (2011) afirmam que o processo de acolhimento, quando restrito a um espaço físico e a uma categoria profissional, acaba fragmentando as ações de

saúde. Todavia, os processos de trabalho operados dessa forma não estão alinhados às propostas do SUS relativas à humanização. Para Alcides Neto *et al.* (2013), há diversos fatores que dificultam a prática do acolhimento nas unidades de saúde, como estrutura física, falta de recursos materiais e humanos e excesso de demanda. Zanelatto e Pai (2010) corroboram essa afirmação, na medida em que excesso de demanda, sobrecarga de trabalho e rapidez de atendimento são elementos que induzem práticas de saúde ausentes de humanização.

Os resultados evidenciam que os usuários, no momento de indignação e desespero, frente ao engodo, à omissão do serviço no reconhecimento de suas necessidades, rompem com as regras, se utilizando de atos de violência contra a equipe de ACR, sejam de ordem física ou verbal, principalmente contra as assistentes sociais, já que os enfermeiros se omitem da responsabilidade de expor ao usuário a impossibilidade de efetivação da acessibilidade. Essas agressões cotidianas recaem, principalmente, sobre os profissionais do serviço social, que se vêem como únicos responsáveis em explicitar as barreiras existentes no serviço estudado e negar o início do tratamento ao usuário.

Então, a partir daí, com os anos de experiência, nós fomos verificando que os pacientes que são explicados ali na classificação, no caso o classificador explica que ele não tem atendimento aqui, nós corremos o risco, ficamos vulneráveis dele agredir, enfermeiro, agredir o técnico, já aconteceu. [...] porque o serviço social não pode atender de porta fechada, porque se o paciente não aceitar ser encaminhado, ele vai agredir o serviço social, igual já foram agredidos, já teve gente agredida, esse é um ponto ruim, né, da classificação (P2).

O usuário fica bravo. Aí eu fico com medo. Atendo sempre de porta aberta. Porque eles não aceitam. Às vezes eles pensam que somos nós que não queremos colocar eles pra dentro. Mas a maioria das vezes eles não entendem. Brigam, ameaçam. [...] poxa, aqui a gente bota, a gente tá aqui de frente, dando a cara a tapa, explica que o atendimento não é aqui, a referência não é aqui.[...] mas essa parte de ter que mandar embora eu já acostumei. Só alguns que eu fico com medo (A1).

Tem muita dificuldade de compreensão e muitas vezes nós sofremos esses abusos, nós somos hostilizados, nossa, inúmeras vezes, eu, nossa, os enfermeiros, nossa, nós passamos horrores aqui. [...] a outra veio com furúnculo, disse que sabe que é pronto atendimento, desacatou a todos, explico que tem que ir lá, que tem cirurgia geral. Você sabendo da demanda toda, aí vem gente querendo dar carteirada! [...] e essa pessoa, tem casos aqui que somos assediados moralmente, assim, mas assim, brigando porque não vai ter atendimento (A2).

Santos *et al.* (2011) afirmam que a violência institucional ocorre por meio de regras, relações políticas, burocráticas e normas de funcionamento. Para os autores, o cotidiano de violência e o medo comprometem o processo de cuidar. Nesse contexto, a sobrecarga de trabalho e o estresse vivido pelos profissionais, durante o processo de acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, também trazem, como consequência, sentimentos de frustração e contrariedade.

As relações existentes dentro da equipe de ACR são, na visão de Rovere (1999; 2002), redes complexas, em que há possibilidades de ações conjuntas e um pensar coletivo com foco na necessidade do usuário. Para o autor, é necessário que as relações tenham solidariedade e reciprocidade entre os sujeitos, fatores que se constituem como requisitos para o último nível da rede, a associação, onde os pares compartilham de objetivos comuns, mas sem que haja perda da identidade. Há uma cooperação entre os sujeitos, quando nada que ocorra a um é indiferente ao outro.

A lacuna existente entre o que deveria ser realizado no ACR e o que efetivamente tem sido feito acaba implicando em impotência, contrariedade e sofrimento dos profissionais acerca do cotidiano de trabalho, lidando diariamente com diversos problemas organizacionais e sociais. A fala dos profissionais reflete a falta de governabilidade do serviço social na utilização do serviço pelo usuário, já que não consegue ser resolutiva frente às necessidades de saúde expressas no momento do ACR.

Eu me sinto péssima. Destroçada. Já são pessoas humildes. Isso me afeta. Porque eles saem com dinheiro contado. Eu tenho muita dificuldade, me sinto destroçada. Eu me sinto um nada. Que profissional sou eu que não consigo ajudar? Na saúde eu não consigo ajudar? Porque na assistência eu fazia. Aqui tô de mãos e pés atadas. Eu fico penalizada, porque eu não consigo ajudar esse paciente (A2).

Uma enfermeira fala comigo, desabafando, dizendo que o problema da classificação é que lida com muito problema social. O tempo todo e “isso faz mal pra saúde, faz mal pra cabeça. Doutora, eu chego em casa à noite e às vezes demoro pra relaxar”. “É muito difícil” (Diário de Campo, 23/09/2016).

Mas quando eles chegam aqui e contam a história toda, eu fico muito sensibilizada. Até choro (A1).

As tarefas dos trabalhadores de acolhimento, reorientação dos fluxos e seguimento de protocolos institucionais são tensionadas constantemente pelas expectativas dos usuários em relação aos serviços de urgência e pelas falhas da RAS. Na visão de Rovere (1999; 2002), a concretização da rede só é possível quando todos os níveis de vínculo existirem, ou seja, a construção da rede deve ser pautada no aprofundamento das relações sociais.

Os desejos éticos de agir de modo justo acabam confrontados com as exigências institucionais, acarretando desgaste e sofrimento no processo de trabalho (PAI; LAUTERT, 2011). Para Santos *et al.* (2011), os profissionais atribuem o desgaste a diversos fatores, como a falta de comunicação, a angústia por parte dos usuários sobre seus problemas de saúde, o estresse do cotidiano, a discriminação dos usuários sobre o bem público, além da dificuldade de acesso a outros serviços de saúde.

Souza *et al.* (2014) afirmam que o processo de trabalho da equipe de ACR é influenciado por questões estruturais e de gestão complexas, que extrapolam seu poder de governabilidade e resolutividade. Paralelamente, o cotidiano do acolhimento realizado pelo serviço social apresenta-se como um lugar permeado por expressões concretas de desigualdade e direitos sociais diariamente ameaçados (RODRIGUES *et al.*, 2011). Pai e Lautert (2011) verificaram que os profissionais atuantes no ACR sofrem ao compreender que sua intervenção possui pouca resolutividade e o seu fazer é ausente de sentidos.

É possível perceber as ambiguidades relativas ao papel do acolhimento no encontro com o usuário. Apesar do discurso de separação dos papéis no serviço de ACR, as práticas de saúde no cotidiano sugerem esforços da equipe na humanização do atendimento e a existência de responsabilização pelo usuário que se apresenta com maior vulnerabilidade.

Um profissional fala que não dá somente para atender ou rejeitar atendimento, que tem que ser avaliado o risco, a vulnerabilidade social e não só o protocolo (Diário de Campo, 10/09/16).

Em conversa informal com uma enfermeira, ela fala “então a gente precisa ver o problema da pessoa. A gente tem que tratar bem porque aqui é o acolhimento e às vezes a pessoa só precisa disso”. Fala que tem muita gente vulnerável (Diário de Campo, 23/09/16).

Já chegou vezes da gente tirar dinheiro do bolso e pagar a passagem do paciente pra ele ir pro PA, porque aqui ele não teve como ser atendido, o problema não resolvia aqui (P2).

Então, eu me coloco muito no lugar dos pacientes. Entendeu? Eu preciso me colocar no lugar deles. [...] na verdade eu já acostumei (em mandar o paciente pra outro lugar). Então, só assim, nesses casos mais complexos que eu fico assim, eu fico com pena, eu tento ligar, eu tento fazer o máximo que eu posso pra ajudar (A1).

O serviço social interfere porque no caso de risco social, no risco social o serviço social vai estar interferindo sim, porque, se eu visualizo que a pessoa tem risco social, é morador de rua, ah, essa vulnerabilidade dele, eu tô sempre interferindo (A2).

Os resultados apontam para o reconhecimento parcial das necessidades de saúde, a partir da aceitação do outro como sujeito de direitos (ROVERE, 2002). Esse reconhecimento, mesmo que parcial e voltado àqueles com maior risco social, denota a ampliação da acessibilidade, na medida em que se consideram os fatores que permeiam o desejo do cuidado, presentes no domínio ampliado de Frenk (1985).

Zanellato e Pai (2010) apontam que os profissionais de enfermagem devem estar sensibilizados para que o acolher esteja presente durante toda a atenção prestada aos usuários. Santos *et al.* (2013) afirmam que a relação profissional-usuário é marcada por uma sequência de encontros que exigem, por parte do trabalhador, sensibilidade para compreender o modo de sentir do outro, por diversas vezes em um momento crítico da vida. Outros autores sugerem a adoção de uma relação dialógica entre profissionais e usuários (SANTOS *et al.*, 2011). Para Souza *et al.* (2008), alguns profissionais, apesar do estresse do cotidiano nas unidades, compreendem o papel do acolhimento como balizador do cuidado qualificado.

A partir das observações e dos dados obtidos nas entrevistas, verificou-se que diversas práticas de saúde na UE carecem de humanização, como em relação à equipe médica. O discurso dos entrevistados mostrou que, por diversas vezes, há necessidade de implorar para que determinadas especialidades atendam usuários que não fazem parte do perfil de atendimento hospitalar. É possível notar que, na relação com os médicos, a equipe de ACR passa a assumir a posição do usuário, na tentativa de negociação do atendimento para a efetivação do acesso.

O enfermeiro retorna, dizendo que conversou com os ortopedistas, conseguindo o atendimento. Relatou que foi questionado se agora era assistente social, já que estava pedindo atendimento para alguém. Nesse momento ele olhou pra mim, falando que é assim, desse jeito sempre (Diário de Campo, 10/09/16).

Algum tempo depois a assistente social entra na sala, comentando sobre os médicos de uma especialidade. Ela foi ao local em que estavam para verificar quando iriam atender um usuário que estava classificado como amarelo e que o tempo de espera já havia ultrapassado o preconizado. Queixou-se com o enfermeiro pois um dos médicos havia sido rude, olhando com desdém para o papel com a classificação, dizendo que aquele problema não era amarelo, mas azul (Diário de Campo, 23/09/16).

Existe uma cobrança assim, por parte dos profissionais, em relação ao número de paciente que entra. Perguntam porque a gente não segura um pouco pra não entrar tanto. Mas não temos o que fazer, o hospital é referência. Se tem que vir, tem que vir, não tem jeito (P1).

É, eu que pedi o médico pra atender ele. Aí ele tá questionando, você viu (P2)?

Assim, não é meu papel ficar indo atrás do médico, porque a gente fala que ninguém aqui é secretária do médico e a maioria das vezes eles não ficam no consultório, ficam no quarto. Aí a gente vai chamar e eles vem e ainda reclamam com a gente que tá indo chamar. [...] vai além do meu papel, eu tenho que ir atrás do médico, né. No entanto seria o que, ele é classificado e o médico estaria na sala chamando. Já veio médico agredir a gente verbalmente. [...] o classificador explica que não pode mudar a classificação, porque o médico vem até aqui reclamar porque colocou o paciente com aquilo pra dentro. Aí eu falo que vou ver com o médico pra ver se ele libera e aí o enfermeiro poderia classificar pra entrar. Aí vou, converso com o médico e consigo que ele atenda. A gente volta e o classificador faz a ficha pra atendimento (A1).

Tem equipe aí, que eu vou te dizer. Tem dia que é mais fácil trabalhar. Tem dia que o próprio paciente reclama. Liga aqui chorando. Fala “pelo amor de Deus, aquele médico foi superagressivo comigo” (A2).

Mas agora, dentro do programa, e as direções tem cobrado mais, a gente vai atrás do médico. Só se tiver numa emergência que ele não vai atender. Nós temos, a pedido da direção, é um relatório do tempo de espera do paciente. Então o serviço social vai ver porque ele ficou tanto tempo sem ser atendido. Vai lá dentro. O que aconteceu com o médico. Vai procurando. Em todos os lugares viáveis [...] mas se depois disso tudo ele não foi achado, aí a gente vai escrever no relatório (P2).

As falas traduzem problemas de relacionamento entre os profissionais de diferentes setores do serviço, com grande cobrança institucional sobre a normatização e seguimento de protocolos e por parte dos médicos, para que os atendimentos estejam de acordo com a concepção biomédica de urgência. Evidencia-se, mais uma vez, a falta de responsabilização pelo cuidado por parte dos profissionais, com foco no quantitativo de atendimentos e não nas necessidades de cuidado apresentadas pelos usuários. Percebe-se que há um reconhecimento parcial da

necessidade e desejo de cuidado dos usuários pela equipe de ACR, porém desvela-se um confronto de modelos no interior das práticas de cuidado realizadas pela equipe médica, voltadas à doença e à concepção biomédica e pela equipe de ACR, que compartilha, mesmo que parcialmente, de um modelo humanizado centrado no usuário.

Além disso, os discursos revelam o outro papel dos profissionais do serviço social, em posição de mediadores da acessibilidade, entre o poder do enfermeiro classificador, detentor da ficha de liberação de atendimento, e o poder do médico, ainda presente nas relações entre os profissionais.

A normatização e as práticas de saúde voltadas ao modelo biomédico podem determinar uma objetificação do usuário pelo trabalhador, transformando-o em fragmento de corpo ao qual a intervenção é necessária. Nesse sentido, passa a deslegitimar o usuário e suas necessidades de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Para Giglio-Jacquemot (2005), o conhecimento do contexto é fundamental para a compreensão da busca pelo serviço de urgência. Entretanto, a autora sinaliza que os médicos consideram apenas a parte biomédica causadora da doença, o que, para eles, não justifica o atendimento no serviço. Ademais, a autora sugere que os atendimentos pouco humanizados podem estar relacionados, em grande parte, a preconceitos sociais enraizados na sociedade e a deslegitimação do saber do outro. Estes achados da autora vão ao encontro do primeiro nível na construção das redes de Rovere (1999), já que, inicialmente, é preciso reconhecer no outro sua legitimidade. Na visão do autor, há múltiplas redes possíveis, porém todas devem ter inicialmente, para sua concretização, a aceitação da existência do outro como um sujeito dotado de saberes.

Um dos desafios no modo de operar o trabalho em saúde é a produção de um trabalho mais solidário, tanto nas relações com o usuário quanto nas relações entre os trabalhadores. Essa mudança deve passar pela produção do compromisso cotidiano do trabalhador frente ao cuidado (MERHY, 1998; ROVERE, 1999). No entendimento de Rovere (1999), a solidariedade se encontra no quarto nível de construção de redes sociais. O compromisso com o ato de cuidar e com a resolução das necessidades de saúde da população deve ser compartilhado entre todos aqueles que realizam atendimento na saúde.

De acordo com Deslandes (2004), para que a assistência seja humanizada é necessário humanizar quem produz assistência. Assim, para que haja novas práticas de humanização entre os profissionais de diversas áreas, é necessário um comprometimento institucional, permitindo participação de todos os atores envolvidos nos processos de saúde; desenvolvendo ações efetivas, garantindo a irreversibilidade da mudança na visão dos atores e aprendizagem significativa permanente (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011). Para as autoras, “é preciso criar condições favoráveis para propiciar a permanente reflexão sobre as práticas e a produção de coletivos” (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011, p. 1122). De fato, quando práticas humanizadoras são reduzidas a ações desarticuladas, sem a devida análise dos processos de trabalho, perdem a força de, efetivamente, produzir mudanças nos serviços de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Travassos e Martins (2004) apontam que o uso efetivo de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica somente por ele. Para as autoras, há diversos fatores, individuais e relativos ao contexto, que influenciam o uso e a qualidade do cuidado. Frenk (1985) define que os obstáculos relacionados ao uso dos serviços de saúde, quando o usuário entra no serviço, refletem problemas organizacionais, afetando o poder de utilização da população.

Os fatores relacionados ao contexto de utilização de serviços de saúde, como as relações entre os trabalhadores e entre a equipe e usuários, refletem a existência de redes interpessoais dentro dos serviços de saúde que, na visão de Rovere (1999), são capazes de promover as mudanças necessárias para a melhoria do atendimento à população. Essa rede existente dentro dos serviços de saúde deve ser desenvolvida para que seja integrada, desburocratizada e com trabalhadores voltados a um objetivo comum: o usuário.

5.2.5 Acesso aos serviços de saúde: do reconhecimento da necessidade de saúde à continuidade do cuidado

A partir dos discursos dos usuários e dos trabalhadores sobre o acesso aos serviços de saúde inseridos na rede, foram definidas as categorias para a discussão, baseadas nas dimensões propostas por Frenk (1985) sobre os obstáculos na busca pelo cuidado. Para o autor, os obstáculos enfrentados na busca e utilização dos

serviços de saúde são divididos em organizacionais, ecológicos e financeiros. Entretanto, como o tema 'acesso' é amplo e polissêmico, outros autores foram utilizados para a discussão proposta.

A partir das entrevistas, alguns pontos foram destacados sobre os obstáculos geográficos, revelando disparidades no acesso aos serviços de saúde. Notam-se, a partir das falas abaixo, aspectos relacionados ao reconhecimento da necessidade de saúde e às dificuldades com relação à continuidade do cuidado, as quais se revelam a partir da vulnerabilidade socioeconômica presente no cotidiano da unidade hospitalar.

Às vezes vem pra cá a pé pra conseguir atendimento. Vem lá de perto da rodoviária pra cá andando. Aí eu vou e pego o passe pra ele. Na verdade, o passe é pra eles, não é pra aqui (A1).

Vulnerabilidade social. Não tem dinheiro. Às vezes é morador da rua, da Serra, então ele tem vulnerabilidade social. Aí vai ficar aqui na porta, porque não tem um passe, não tem dinheiro, não tem comida, não tem ambulância pra levar, porque nossas ambulâncias são proibidas de levar (P2).

Porque as vezes aquele paciente só tinha o dinheiro pra se locomover até aqui. A volta dele era incerta. Ele tinha garantia que seria atendido aqui (A2).

A possibilidade de acessar um serviço de saúde e obter o reconhecimento de sua demanda pode levar o usuário a realizar gastos com o transporte e deslocamentos fora da área de atendimento. Nesse contexto, de acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), outra forma de analisar as dificuldades geográficas é a partir da dimensão 'disponibilidade'. Para as autoras, "constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário" (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 261). Entretanto, apenas a disponibilidade de um serviço não garante sua efetiva utilização (SOUSA *et al.*, 2014), já que outros aspectos relativos ao uso de serviços se mostram importantes para a efetivação do acesso, como a absorção da demanda, as dificuldades no encontro com o profissional de saúde e as barreiras organizacionais.

É possível perceber, a partir dos relatos abaixo, que as barreiras ecológicas também estão presentes entre aqueles encaminhados à unidade hospitalar, quando se vêem

com a necessidade de utilizar meios próprios no trânsito entre os serviços. Nota-se também a necessidade de uma rede social de apoio para que os usuários consigam se deslocar, quando não há a possibilidade de uso de outro transporte.

Em outro momento, uma usuária chega para ser atendida e fala que está se sentindo mal e que havia procurado outro hospital no dia anterior. [...] a paciente foi questionada do porque não ter ido antes ao hospital e porque não foi de ambulância. A outra enfermeira fala “mas se ela estava consciente, poderia vir com próprios meios. Não mandam ambulância assim”. A usuária fala “eu não tinha como vir. Tentei condução, mas ninguém podia e eu tava sozinha. Falei com uns vizinhos e um tava sem carro, o outro o carro quebrado. Não tinha nenhum conhecido pra me trazer. Aí, sozinha, de noite, passando mal, não vim”. A enfermeira questiona sobre seu problema (Diário de Campo, 07/10/2016).

Minha filha, se me falassem que não ia ter atendimento aqui, eu teria, eu ia ter pedido alguém pra ir comigo lá, né. E pra ver como fazer pra ir pra lá, entendeu (U4)?

O relato do diário de campo também aponta para a culpabilização do usuário que não procura a unidade hospitalar assim que é encaminhado de outro local, além de revelar a dificuldade de reconhecimento e valorização das necessidades de saúde apresentadas.

Cerqueira e Pupo (2009) apontam que outras barreiras, existentes no contexto de vida do usuário, fortalecem e afetam os obstáculos geográficos, como ausência de uma rede de apoio que auxilie o indivíduo e a falta de dinheiro para a utilização de transporte individual ou coletivo. Para os autores, a interferência pode ser significativa, acarretando desistência e perda de atendimento para a demanda do momento.

Os discursos abaixo também revelam que não há o reconhecimento de dificuldades existentes no caminho do usuário, que acaba apresentando diversos gastos atrelados ao deslocamento entre os serviços, constituindo-se em barreiras de acesso durante a procura pelo atendimento, já que necessitam ir de um serviço a outro na tentativa de resolução de sua necessidade de saúde.

Aí, pra gente que tem transporte é ruim, gasto com combustível. Mas imagina pra quem não tem como eu. [...] ou seja, a gente gasta, mesmo que seja nosso, gasta com alimentação, gasta com nosso tempo (U1).

Se eu fosse descer lá e depois vir pra delegacia da mulher, eu já ia gastar muito mais, entendeu? Como eu tava ali e tava comentando o assunto, o pessoal da delegacia falou que ia me encaminhar pra cá. [...] eu tive dificuldade financeira, né. Só tinha 2,75 pra vir. Na verdade, só pra ir embora, porque eu tive como vir. Eu tô desempregada e eu saí do meu serviço e agora grávida, aí a senhora sabe, né (U4).

Nota-se, a partir da fala de U1, que as barreiras ecológicas se revelam mesmo para quem tem veículo próprio, pois também há a necessidade de recursos financeiros, seja para o combustível ou para outros gastos necessários no trajeto até o serviço de saúde.

Essa dificuldade em valorizar as necessidades de saúde apresentadas se relaciona ao primeiro, segundo e terceiro níveis de Rovere (1999), já que, para que se construa uma rede, é necessário primeiramente que o outro seja valorizado, ou seja, no encontro trabalhador-usuário, é primordial que se expresse interesse em conhecer o mundo daquele com que se relaciona. Ademais, os trabalhadores das instituições devem colaborar para que os serviços ofertados possam acolher as demandas que se apresentam. Merhy *et al.* (2014) propõem que os trabalhadores conheçam os usuários em suas inúmeras existências e produções e, a partir desse encontro, que se tomem ações centradas no usuário e nas suas necessidades de saúde.

Frente ao desejo de cuidado, Souza *et al.* (2015) afirmam que a condição socioeconômica interfere na busca pelos serviços, resultando em dificuldades de deslocamento entre os indivíduos de baixa renda. Nesse contexto, Ramos e Lima (2003), em seu estudo, verificaram que o uso de carro próprio é um facilitador no acesso aos serviços de saúde, diminuindo o tempo de deslocamento e aumentando a chance do atendimento. Todavia, as autoras verificaram que o acesso ultrapassa a presença geográfica dos recursos de saúde, se relacionando, principalmente, à oferta tecnológica e o tipo de demanda apresentada. Também nesse sentido, Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) apontam que os usuários procuram os serviços que, no seu entendimento, responderão às suas necessidades de saúde e seu desejo de cuidado.

Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso é influenciado pela condição social e pelo local em que as pessoas residem. Nesse contexto, “os custos com a saúde e a existência de despesas de saúde que precisam ser assumidas pelos próprios indivíduos criam barreiras financeiras que impedem as pessoas de procurar e receber cuidados com a saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p.265). Pontes *et al.* (2010) afirmam que quanto mais próximo é o local em que há atendimento disponível, menor é o deslocamento realizado e menores são os gastos com transportes. Por outro lado, Azevedo e Costa (2010) afirmam que as barreiras geográficas estão associadas à complexidade dos serviços: quanto menos tecnologia têm a oferecer, ou seja, menos especializados, mais próximos se localizam da população.

Frenk (1985) afirma que a capacidade da população em superar os obstáculos existentes na busca pelo cuidado e a utilização dos serviços é definida como poder de utilização. Todavia, frente às desigualdades existentes no acesso aos serviços, é válido refletir sobre as vulnerabilidades que se apresentam quando na busca pelo serviço de urgência. Sanchez e Ciconelli (2012) apontam que a discussão em torno do acesso aos serviços deve, necessariamente, incluir termos sobre justiça social e equidade, pois quando se analisam os obstáculos, além da análise da disponibilidade efetiva dos serviços, a capacidade de pagamento torna-se uma dimensão tangível, na medida em que se incorporam as despesas com alimentação e transporte. As barreiras geográficas (e os gastos atrelados ao deslocamento) podem ser compensadas, como a facilitação no transporte público, a existência de sistemas de regulação e referência aos serviços hospitalares e a utilização do acolhimento para que a necessidade e o desejo de cuidado sejam compreendidos, facilitando a obtenção do cuidado e resolução da demanda (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Alguns autores, ao analisar a acessibilidade aos serviços de saúde, revelam diversos aspectos relacionados à organização dos serviços, com referência ao funcionamento intraorganizacional e à integração entre os pontos de atenção (MARIN; MORACVIK; MARCHIOLI, 2014; PONTES *et al.*, 2010; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

É possível notar, nos relatos abaixo, que os aspectos organizacionais no ponto de entrada ainda se constituem como entraves no acesso aos serviços básicos de saúde, traduzidos nas filas de espera para agendamento de consultas e a necessidade de chegar na madrugada para a obtenção de senha de atendimento, sugerindo a baixa oferta de recursos básicos e excesso de demanda.

Esse negócio de levantar 3 horas da manhã pra ir pra fila, esperar até as 7 horas pra pegar senha pra ser atendida. [...] ah, eu fico esperando muito (na UBS), né. Lá na unidade não precisava a gente ficar enfrentando fila (U3).

Ela acha um papel para me mostrar a data da consulta de pré-natal agendada. Vejo que é uma data anterior ao dia que estamos. Ela explica que não foi à unidade, porque na data da consulta o feto já “estava morto”. Percebi que o intervalo entre a data que foi à unidade e a data da consulta agendada ultrapassava 30 dias (Diário de Campo, 07/10/16).

Ah, lá perto da minha casa eu acho péssimo. Porque a fila dobra o quarteirão. E pra você conseguir lá, eles falam que as vagas já foram todas preenchidas, que tem que ir outro dia. Mas o beta eu consegui. Por causa disso, mas se fosse outra coisa, é difícil. Entendeu? Como meu caso era isso, já me encaminharam pra outra coisa, pro pré-natal (U4).

As falas revelam que as normatizações e a racionalidade no funcionamento das unidades, a partir da necessidade de agendamento por ordem de chegada, com filas na madrugada e dificuldade na obtenção de atendimento, refletem o não reconhecimento da necessidade de saúde dos usuários que procuram a AB. O relato do diário de campo também aponta a insatisfação em relação ao tempo de espera para o primeiro agendamento pré-natal, refletindo a barreira organizacional inserida entre o desejo/necessidade do cuidado e a utilização do serviço.

Para Rovere (1999), os modelos organizativos na AB nem sempre contemplam aqueles que mais necessitam, gerando uma discriminação negativa, onde os que menos necessitam são aqueles que podem aguardar a espera nas filas para as consultas na AB.

Os discursos dos usuários corroboram os achados em outros estudos (SOUSA *et al.*, 2014; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010). Para os autores, o excesso de demanda e a baixa oferta de consultas nas unidades básicas são os principais obstáculos na busca do cuidado em saúde. Azevedo e Costa (2010) apontam a insuficiência da AB na absorção das demandas, apesar das reconhecidas

conquistas nesse campo. Para as autoras, ainda persiste “uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas em momentos de dor e sofrimento agudo” (AZEVEDO; COSTA, 2010, p. 801).

Nesse contexto, os relatos sugerem falhas na implementação de políticas, como a PNAB (2011) e PMAQ-AB (2015), já que suas diretrizes são direcionadas para a melhoria do acesso e resolutividade da AB. Para Mota e David (2015), a proposta do PMAQ-AB apresenta falhas no cumprimento de suas diretrizes, pois o programa visualiza resultados quantitativos, distanciando-se de uma AB que atue em prol de um acesso integral ao serviço de saúde.

É possível perceber, a partir dos discursos das assistentes sociais, que há dificuldade no fluxo dos usuários entre os serviços de saúde, seja na continuidade do cuidado após a procura pelo serviço hospitalar ou na busca pela resolução de sua necessidade de saúde, revelando barreiras organizacionais na AB e especializadas, que acabam dificultando o acesso aos serviços de saúde.

Vem aqui e fala que lá não tem oftalmo, aí eu falo que tem que ir pra UBS pra agendar e já falo a realidade: demora. Vai ter que ter paciência (A1).

As unidades, eles não tão conseguindo marcação, eles tão deixando lá, deixa na unidade e eles não marcam. Vem bater aqui, falando que deixou o papel, às vezes 1 ano. E nada (A2).

Essa dificuldade no fluxo dos usuários entre os serviços de saúde deveria ter sido ultrapassada com a implementação das RAS. Entretanto, as falas revelam um cenário diferente daquele preconizado, de integração entre os serviços e facilidades no acesso entre os diversos pontos de atenção (BRASIL, 2010). Spedo, Pinto e Tanaka (2010) apontam que os serviços de especialidades se constituem como gargalos do SUS, dificultando o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma universal e integral. De acordo com os autores, os modelos de organização e funcionamento entre os serviços são essencialmente tecnocráticos e racionalizadores, sem dialogar com as necessidades de saúde e demandas dos usuários. Rovere (1999) afirma que, frente a demandas e necessidades heterogêneas, as instituições devem, necessariamente, ter uma capacidade de resposta heterogênea, a fim de dar maior resolutividade aos problemas do usuário.

Nesse sentido, Azevedo e Costa (2010) afirmam que a AB, com suas diretrizes de melhoria de acesso, merece um olhar mais centrado nas necessidades dos usuários, adotando modelos de organização que particularizem as demandas de cada indivíduo.

Na fala abaixo, frente às dificuldades de acesso, é possível notar que o usuário se utiliza de estratégias para a obtenção mais rápida de consultas na AB, com o propósito de obter o reconhecimento de seu desejo de cuidado e de sua demanda.

A não ser quando você encontra um “peixinho”¹ ou outra coisa que consegue marcar pra você lá. Mas a maioria é tudo novato e fica difícil (U4).

As estratégias de obtenção de acesso, a partir do estabelecimento de contato com conhecidos ou terceiros, também se inserem no conceito de rede. Oliveira, Mattos e Souza (2009) sugerem que a ajuda solicitada a terceiros para a obtenção do acesso pode traduzir uma inferioridade sentida pelo usuário, que se sente destituído do poder da acessibilidade. Para Rovere (1999), as redes informais se formam a partir de conexões formais com as instituições, porém agregando conexões entre as pessoas que participam cotidianamente nos serviços. De acordo com Azevedo e Costa (2010), a população, na busca pela efetivação do acesso à saúde, constrói seus próprios conceitos e modelos de acesso, reagindo, ao seu modo, à tentativa de aceitação aos modelos de organização do sistema de saúde de cuja criação não participou. Nesse sentido, para Cecílio (2012, p. 284), dentro da racionalidade do sistema de saúde, os serviços de saúde estariam conectados, com graus de complexidade bem definidos, de modo que o trânsito das pessoas entre os serviços deveria obedecer à lógica de “circuitos racionais de utilização dos serviços”. Entretanto, a realidade se apresenta de outra forma, e o usuário passa a se utilizar de estratégias contrárias às regras estabelecidas. O autor o define como “usuário-fabricador”, driblando normas instituídas na tentativa de obtenção de acesso aos serviços. Entre as estratégias, está a utilização de amigos e contatos pessoais

¹ O ‘peixinho’ é alguém inserido na unidade de saúde que pode facilitar e agilizar o atendimento pretendido.

para conseguir uma consulta, mesmo na indisponibilidade de vagas (SARTI, 2014; TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012).

Os discursos abaixo apontam a imagem que a AB apresenta em relação aos usuários, constituindo-se em um local com pouca resolução de demandas mais específicas. É possível perceber que a unidade de saúde ainda carrega o status de “postinho”, local de problemas simples e uma ponte para a obtenção de procedimentos e consultas mais complexas e resolutivas.

Eu vou na unidade de saúde do bairro. Mas só quando tenho um problema mesmo. Eu pelo menos consigo mais fácil. Problema respiratório é fácil. Mas pra outros casos, não sei. Meu caso, por exemplo, falaram que lá não tinha as ferramentas necessárias. Aí precisava me encaminhar (U1).

Normalmente vou no posto mesmo e eles me dão encaminhamento pra algum exame. [...] vou sempre na unidade de Nova Carapina (U3).

A falta de resolutividade na AB pode ser compreendida como um obstáculo pós-entrada, onde mesmo após o usuário acessar a instituição não se consegue dar conta da necessidade de saúde apresentada, corroborando a imagem de um serviço a ser utilizado somente para coisas simples, sem tecnologias que respondam às necessidades dos usuários.

Para Chagas e Vasconcellos (2013), as fragilidades encontradas nas unidades básicas, como a falta de qualificação, o acolhimento e a desorganização nos processos de trabalho assistenciais e organizacionais, acabam criando a imagem de uma AB pouco resolutiva. A necessidade de encaminhamento para outro serviço traz à tona o conceito de disponibilidade, já que o usuário reconhece a presença do serviço, porém sem a possibilidade de utilização efetiva (SOUZA *et al.*, 2014).

As falas abaixo refletem que o modelo de organização das unidades básicas, com funcionamento em horário comercial e baseado no território, acaba se traduzindo como obstáculo no acesso a esses serviços. Na visão do profissional, o usuário que necessita de continuidade no cuidado se vê impedido de atendimento na unidade básica, já que esses modelos organizativos da AB não contemplam a classe trabalhadora, excluindo esses usuários da possibilidade de uso efetivo da UBS.

É... poderia marcar consulta na unidade, mas a UBS só abre durante o dia. A população trabalha né, e vai no PA porque acha que vai ser melhor. Acha que vai ter dificuldade para agendar uma consulta na unidade (P1).

Não. Eu quase não vou (na UBS). (Eu vou) na unidade de Bela Vista, que é do lado. (No dia a dia) vou no PA de lá. Tudo é no PA (U2).

Os discursos também trazem à tona o papel dos PAs na absorção das demandas, funcionando como opção viável para a utilização dos serviços de saúde, já que a população não se vê obrigada a procurar o atendimento em seu próprio território. Na fala de U2 acima, é possível perceber a importância do acolhimento e vínculo na AB, revelando que, na ausência destes, a utilização do PA se torna a principal forma de resolução das necessidades de saúde.

Os achados desta pesquisa confirmam o encontrado no estudo de Travassos e Castro (2012), apontando que as deficiências organizacionais, como o horário de atendimento das unidades, se constituem em obstáculos importantes no acesso aos serviços básicos de saúde. No contexto de porta de entrada preferencial e de responsável pela continuidade do cuidado, as falas refletem o distanciamento do preconizado nas diretrizes da PNAB e da RAS (BRASIL, 2010). Diversos estudos apontam que, na visão dos usuários, a normatização da AB como porta de entrada preferencial acaba se traduzindo como barreira de acesso ao serviço desejado (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2015; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Ramos e Lima (2003) apontam que o acesso facilitado à utilização dos serviços básicos, associado a outros fatores, especialmente o acolhimento, favorecem o vínculo, contribuindo muitas vezes para a frequência da procura pela unidade e o tempo de utilização do serviço. Todavia, a territorialização, os horários de atendimento e as dificuldades na marcação de consultas na AB, principalmente nos grandes centros urbanos, são fatores responsáveis pela falta de vínculo com a AB e a utilização de PAs para resolução de demandas (ROCHA, 2016; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010). Para os autores, a utilização desses serviços, na forma de queixa-conduta, com foco na doença, implica em quebra da longitudinalidade e da continuidade do tratamento.

No contexto macropolítico, de acordo com as diretrizes que compõem a RAS, a AB deve ser a responsável pelo acompanhamento dos usuários e porta de entrada principal no sistema de saúde. Entretanto, dentro das diretrizes da RUE, cabe lembrar que a AB é considerada como ponto de atenção e não porta de entrada do sistema (BRASIL, 2011c). Já os PAs são definidos como unidades intermediárias entre a AB e as unidades hospitalares, articulando-se com os outros elementos pertencentes à rede de urgência e emergência, por meio de fluxos lógicos e efetivos, ordenados a partir das centrais de regulação (BRASIL, 2014). Para Azevedo e Costa (2010), o atendimento às urgências se constitui em um dos principais motivos de insatisfação dos usuários, configurando-se como uma demanda reprimida no contexto da AB.

No contexto micropolítico, em uma rede de serviços, formal ou informal, o aprofundamento dos vínculos deve ser fundamental para sua concretização (ROVERE, 1999). Para o autor, as redes interinstitucionais não podem ser apenas reflexo de mecanismos de referência e contrarreferência, necessitando de vínculos solidários para que o usuário tenha sua necessidade de saúde reconhecida em todos os serviços pertencentes à rede. Ademais, o autor afirma que o poder de cada organização reside nos vínculos criados durante o contato dos atores sociais envolvidos.

É possível notar nos discursos que as barreiras organizacionais também se traduzem no acolhimento prestado aos usuários. O não reconhecimento da necessidade dos usuários, o desinteresse sobre suas demandas e a falta de informação prestada aos usuários são percebidos em todos os pontos da rede de serviços.

Porque aquele pronto atendimento lá, no PA, eles poderiam muito bem facilitar, falar muito bem. Ó, sai daqui, vai indo lá no PA de São Pedro que lá tem cirurgião atendendo. Por fim nem isso eles informam. Não falaram horário, nada (U1).

Eu fui quinta-feira passada lá nos acidentados. Lá não faz raio x de coluna, não faz remédio. Só passou remédio. Nem olhou nada. E falou pra mim tomar. Não falou nada não. Se a gente tem dinheiro ou não, só mandam a gente vir. [...] você tem que, igual hoje, eu liguei e não consegui falar. Se eu for direto, só vou saber hoje se ele tá lá ou não (U2).

Uma usuária, idosa, chega para atendimento, com a filha. A filha fala que já foi ao hospital há dois dias. Questionada, a filha fala que a idosa está com muita dor. Uma enfermeira fala que ela não deveria estar ali, que deveria ir ao PA ou voltar no dia do plantão de atendimento, mas que deixará que seja consultada. Orienta que não deve voltar, porque o atendimento foi feito em outro dia. A acompanhante fala que isso não foi orientado (Diário de Campo, 05/10/2016).

É possível perceber, a partir do relato de campo, que o profissional da classificação possui o poder de permitir (ou não) o acesso do usuário ao serviço de urgência; ademais, sua fala apresenta aspectos que se contrapõem aos preceitos da humanização dos serviços e de qualificação do acesso. Os resultados também revelam a ausência de informações acerca da disponibilidade dos serviços, além da omissão sobre o quadro de saúde dos usuários.

Para Oliveira, Mattos e Souza (2009), a imagem do SUS é de contingência e insegurança, onde a barreira de acesso aos serviços de saúde e o mau atendimento fazem parte do cotidiano dos usuários. Para os autores, cria-se a imagem do não acesso, em que a regra é a não utilização dos serviços procurados e o usuário acaba apresentando uma autoimagem de desvalia, um cidadão desprovido de direitos, que busca os serviços e recebe, dos trabalhadores, o favor e a sorte de terem suas demandas resolvidas. Rovere (1999) aponta que a omissão dos trabalhadores frente às necessidades dos usuários impede que o outro sinta-se vinculado ao serviço, já que seu desejo de cuidado e a demanda apresentada não são reconhecidos como legítimos.

Thiede e McIntyre (2008) definem que o grau de informação sobre as escolhas é que determina o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a falta de informação sobre os serviços que estão disponíveis pode determinar o acesso (ou não) aos serviços de saúde. Para os autores, o sistema de saúde é quem deve prover a informação necessária para que os usuários utilizem os serviços de forma equitativa.

De acordo com Travassos e Martins (2004), não é possível que se concretize a acessibilidade sem que haja a superação dessas barreiras encontradas na busca pelos serviços.

Nos discursos dos usuários abaixo, é possível perceber que são encontradas barreiras de acesso em todo o caminho percorrido à procura da resolução de sua

necessidade de saúde. As fragilidades nos serviços de urgência procurados e na atenção especializada se sobressaem, revelando a necessidade de peregrinação entre os pontos de atenção da RAS para a tentativa de utilização efetiva do serviço de saúde. Além disso, emerge dos discursos a falta de garantia de uma continuidade do cuidado dentro da rede, pela ausência de integração e cooperação entre os serviços, além do não reconhecimento do desejo de cuidado, levando o usuário a desconfiar dos tratamentos prévios e apostar no serviço de urgência para a resolução de suas demandas.

Aí já fui até na clínica dos acidentados. Aí eles queriam me engessar, né. Mas eu não deixei. Porque não vai passar minha dor. Aí peguei, passou remédio pra mim tomar. Aí tomei e não melhorou nada. Aí agora ataca tudo e dá dormência nas pernas. Aí fui na Santa Casa. Aí lá eles falaram pra eu vir no hospital porque aqui iam resolver. E também tô com uns problemas aqui na cabeça e me incomoda um pouco e já faz uns dois anos que não passo no médico. Fazia tratamento no HUCAM, o medico saiu de lá e fiquei sem médico. Ligo pra lá e falam que não chegou médico ainda (U3).

Na maternidade de Carapina. No caso, eles falaram lá pra esperar, que esperar o que? Eu falei que podia acontecer e eles iam dar pra mim um remédio pra expulsar. E aí eu tô passando muita tribulação. Eu vou ali então e vão ver, né. Ah, mas sabe, eu preciso tirar isso. Sabe o que é, tenho medo de infecção generalizada. Né (U4)?

Assim como o observado nesta pesquisa, Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2011, p. 254) apontam a dificuldade de articulação entre os pontos de atenção da rede e a baixa resolutividade dos serviços, que “leva o usuário a peregrinar pelos serviços em busca da resolução de seus problemas e da atenção às suas demandas”. Assis e Jesus (2012) afirmam que uma rede de saúde deve ser organizada e capacitada a dar respostas objetivas aos problemas demandados, com garantia de atendimento nos diferentes níveis de complexidade.

Rovere (1999) aponta que o reconhecimento e o conhecimento do outro se traduzem como o início das relações entre os pares, porém sem que haja, necessariamente, a construção do vínculo. Nesse sentido, se faz necessário que as instituições e seus trabalhadores colaborem e cooperem entre si em favor do usuário de saúde. Frenk (1985) afirma que as relações pessoais que atravessam as dimensões da acessibilidade podem ser consideradas tanto como barreiras de acesso quanto a melhoria do poder de utilização da população.

Para Thiede (2005), a percepção da doença e do próprio sistema de saúde, a subjetividade e as preferências individuais, associadas ao grau de informação recebida, determinam o uso dos serviços de saúde. De acordo com o autor, as informações de saúde devem contribuir para aumentar a autonomia dos usuários, disseminando informações sobre locais e serviços, a fim de promover a acessibilidade aos serviços de saúde.

As falas abaixo refletem que o aumento da informação dada aos usuários, orientando sobre o local que poderá prover o acesso desejado com a garantia da continuidade do cuidado, é fundamental para que o usuário avalie positivamente o serviço de saúde e tenha a percepção de que sua necessidade de saúde foi reconhecida e compartilhada com outros serviços, para a resolução de sua demanda.

Vou lá, bem próximo aqui, né, lá do PA e consegui um bom atendimento, até mesmo um encaminhamento, algo certo de que vai ser realizado (U1).

Ela ligou pra lá. Ligou pro PA e avisou que eu vou pra lá agora (U2).

De acordo com Guedes e Castro (2009), o hospital pode ser um espaço para operacionalização da integralidade, de forma humanizada e dialógica, objetivando a resolução das necessidades de saúde dos usuários. Assim, “no espaço da microgestão, ressaltam-se as ações de integração entre os níveis de atenção nos sentidos horizontais e verticais, nos fluxos organizativos e comunicativos dos processos de trabalho” (JUNGES; BARBIANI, 2012, p. 405). Nesse sentido, Rovere (1999) associa a conformação de redes no estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores das instituições, para que haja, concretamente, um sistema integrado.

É possível verificar, a partir do discurso da assistente social, a presença de barreiras organizacionais também nas UPAs. Esses obstáculos em locais que deveriam facilitar o acesso às urgências também acabam levando o usuário a procurar a unidade hospitalar na busca pela resolução de suas demandas. A fala também aponta o reconhecimento do desejo de cuidado do usuário, revelando que o profissional, ainda que parcialmente, visualiza outros aspectos da acessibilidade para além da demanda apresentada.

Quando eu tenho que encaminhar pra PA, eu penso, nossa, difícil. Imagino como vai ser difícil. Aí falo que tem que voltar para o PA, mas a pessoa fala que lá eles falaram que não atende. [...] eles chegavam e eram atendidos; depois que fragmentou, que existem os PAs, não é mais. Falam “olha, já fui lá várias vezes, mas lá tá difícil, eu não consigo atendimento. Fecharam a porta”. E realmente, fecharam a porta várias vezes (A2).

É válido sublinhar que as UPAs funcionam para a assistência à saúde 24 horas por dia, e pretendem diminuir o contingente de usuários que procurariam as unidades hospitalares de urgência. Entretanto, é possível perceber a partir dos resultados a existência de diversos obstáculos neste serviço, impossibilitando a efetivação da acessibilidade, quando o usuário percebe sua necessidade de saúde. A fala também revela como o usuário se encontra em um jogo de encaminhamentos (formais e informais) sem a efetiva resolução de sua demanda. Konder e O’Dwyer (2016) apontam que, entre as barreiras existentes, destacam-se a ausência de fluxos formais entre os serviços, o excesso de demanda recebida, a pouca efetividade da AB, a dificuldade de organização junto às centrais de regulação e a complexa interação entre as UPAs e a rede hospitalar.

Nesse sentido, para Soares, Scherer e O’Dwyer (2015), pactos e fluxos assistenciais incipientes acabam impossibilitando os hospitais de urgência a assumirem seu papel de ‘porta de entrada’, especialmente para aqueles não absorvidos na rede. Nesse contexto, quando não há definição explícita dos papéis de cada serviço na rede, os usuários acabam enfrentando barreiras no acesso aos serviços de saúde.

As barreiras na continuidade do cuidado, existentes na concretização do acesso integral aos serviços, também foram relatadas entre os profissionais. É possível notar, a partir dos discursos, como são as práticas que orientam o encaminhamento a outros serviços após a negativa de atendimento na unidade hospitalar.

Quando não tem como atender, é ligado para a unidade, é conversado com o enfermeiro, para tá marcando consulta, agendar com o clínico pra ver como vai fazer, encaminhar pra especialidade. Isso, o serviço social entra em contato (P1).

O serviço social tem a obrigação de ligar pra uma instituição que foi pactuada e garantir o atendimento. Lógico, que, dentro das possibilidades

da instituição. Porque o paciente não pode sair daqui de qualquer maneira. Não pode sair daqui, em hipótese nenhuma, sem uma garantia de atendimento (P2).

Porque uma dor de atendimento clínico. Vai ser encaminhado pro PA, não tem jeito, não vai ser atendido aqui. Vai ser encaminhado pro serviço social pra dar continuidade. Eu falo pra ele “gente, não adianta. O atendimento vai ser encaminhado. Vai pro serviço social e vamos encaminhar”. Oriento com papel e encaminhamento. Carimbo e tudo. Sempre (A2).

As falas também revelam como os profissionais do serviço social atuam na relação com o usuário, reconhecendo suas necessidades e atuando para a efetivação da acessibilidade intermediária, já que procura garantir a continuidade do cuidado. Todavia, corrobora a negativa de atendimento, caso não tenha a percepção de que se trata de vulnerabilidade social.

As pactuações entre os serviços, com integração entre os mesmos, devem necessariamente orientar-se pelo reconhecimento da interdependência entre os diferentes pontos de atenção e atores envolvidos. Entretanto, para a devida continuidade do cuidado, pressupõe-se que haja uma articulação entre os diversos serviços pertencentes à rede e a garantia de acesso pelo serviço que receberá o usuário encaminhado.

Konder e O’Dwyer (2016) apontam que as relações entre os serviços são dificultadas pelas esferas nas quais os serviços estão envolvidos. De acordo com a PNH, os encaminhamentos formais entre os serviços fazem parte das diretrizes que pautam a política, com objetivo de qualificar o acolhimento aos usuários, além de facilitar o trânsito entre os mesmos (BRASIL, 2009a).

Os discursos abaixo revelam as fragilidades da rede, a partir da não integração entre os serviços, fragmentação e falta do devido fluxo esperado de uma rede pactuada. É possível perceber a tentativa dos profissionais garantir a acessibilidade aos serviços inseridos na rede, mesmo que a partir da utilização de estratégias de colaboração e cooperação informais entre os trabalhadores envolvidos dos diversos pontos de atenção.

Às vezes eu faço contato com outro PA, tipo, a pessoa mora em Cariacica e tem que ser lá, por ser moradora, né. Mas às vezes eu ligo pro PA de

Vitória, explico que a pessoa é de Cariacica e pergunto se posso mandar pra aqui e eles deixam. Porque eu sei que Cariacica é insuportável conseguir atendimento (A1).

Eu acho que a rede tá fragmentada. Não, não funciona. Olha, tá um caos. Os municípios estão a desejar. Falo. Vai lá no PA da Praia do Suá. Pega o encaminhamento pro vascular que a gente te coloca pra ser atendido. Facilitar o acesso. Porque lá no interior não tem. [...] aí o que que a gente consegue. Mandar pro PA daqui de Vitória, com endereço daqui. Pra permitir que ele tenha algum atendimento. Nós o orientamos. [...] mas às vezes a pessoa não tem pra onde ir. Mas olha, esse paciente é institucionalizado. Esse paciente não tem pra onde ir. Ele vai ter que ser atendido aqui. Falam que ele tem que marcar. Como ele vai marcar? Ele é institucionalizado. A instituição dele tá falhando, eu sei, mas vamos acertar ele agora, ele vai ter o atendimento, depois nós vamos acertar a situação, ligo pra instituição (A2).

Uma outra pessoa chega chorando em uma cadeira de rodas, dizendo que está com muita dor. Falou que já tinha sido operada em outro hospital de hérnia de disco e que estava com muita dor. A profissional pergunta se foi trauma, e ela nega. Porém a profissional me informa que vai lançá-la na classificação para atendimento médico, mesmo que não seja referência, porque não pode negar atendimento nesse caso, já que está com dor intensa (Diário de Campo, 05/09/17).

As falas das assistentes sociais acima demonstram a flexibilização das regras estabelecidas no fluxo dos usuários dentro da rede, revelando estratégias para facilitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, como o encaminhamento ao PA do município para os não residentes e a tentativa do atendimento médico na própria UE para aqueles institucionalizados. É possível notar que, a partir do reconhecimento da necessidade de saúde dos usuários pelos profissionais e a devida valorização de suas demandas, torna-se possível a concretização da acessibilidade na dimensão ampliada.

Zanellato e Pai (2010) apontam que, mesmo os setores de emergência apresentando características próprias, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização devem estar presentes e interligados, para a efetivação da integralidade do cuidado.

A articulação e integração entre os serviços da rede de urgência, para o encaminhamento dos usuários aos níveis de atenção que sejam mais adequados, não dependem de centrais de regulação, ou seja, dependem, fundamentalmente, das relações entre os trabalhadores dos serviços. Konder e O'Dwyer (2016) afirmam que a utilização de mecanismos não formais e de fluxos paralelos de contatos pessoais fazem parte do cotidiano da rede de serviços.

Nesse sentido, Rovere (1999) aponta que os vínculos entre as pessoas são construídos mediante a valorização do outro e a partir da colaboração e cooperação entre aqueles envolvidos nos serviços de saúde, com solidariedade frente às necessidades de saúde reconhecidas. Para o autor, essas redes se comportam como fluidos, não são estáticas, definindo as mesmas como 'redes nômades', se conformando e reconformando, como uma rede em movimento. O autor também afirma que as redes entre as pessoas são capazes de se reconfigurar, mesmo que a integração entre as instituições se dê de forma estática. Ademais, é exatamente esse poder de reconfiguração (e movimento) que dá potência para que se construa uma rede de associações, compartilhando de projetos em comum – nesse caso, a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde.

Nesse contexto, analisando a implementação das redes, de forma ideal, a RAS e suas redes temáticas devem ser pensadas coletivamente. Todavia, diversos conflitos atravessam a construção de um sistema integrado, que tenham serviços que conversem entre si e possuam governabilidade própria na tomada de decisões (ERDMANN *et al.*, 2011). De acordo com os autores, a implementação das redes “é uma arena na qual se apresentam conflitos e manifestam pressões de diferentes grupos de interesse” (ERDMANN *et al.*, 2011, p. 3). Nesse sentido, mesmo que a partir da utilização de redes informais, é fundamental que os pontos de atenção compartilhem de objetivos comuns, promovendo a responsabilização coletiva com o usuário da rede, na busca de uma resposta integral capaz de atender às necessidades em saúde dos usuários (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe à tona o modelo de funcionamento do hospital de urgência, pois evidenciou que as práticas de saúde são realizadas para que não haja problemas no trabalho médico, ou seja, toda a classificação e acolhimento sugerem ter, como fundamento, a organização dos atendimentos para a equipe médica. Este sistema, revelado com as negociações entre os profissionais da porta de entrada e os médicos, desvela um cenário ainda atravessado pelo modelo biomédico, centrado na doença e no papel hierárquico do médico na instituição de saúde.

Os retornos de usuários ao hospital suscitam a reflexão sobre as fragilidades da rede em relação à continuidade do cuidado, revelando um cenário de regras rígidas no atendimento dos retornos, desvalorizando a necessidade de saúde apresentada, sem demonstrar a existência de vínculo institucional, já que as normatizações da instituição prevalecem sobre o reconhecimento e absorção das demandas daqueles que procuram o serviço de urgência fora da equipe que o atendeu. A existência dos retornos também traz o pensamento sobre as intencionalidades dessa prática, pois os especialistas, cooperativados, recebem por produtividade, de acordo com o número de procedimentos e consultas realizadas.

A falta de homogeneidade na utilização do protocolo de classificação de risco, a despeito da prévia capacitação dos profissionais, sugere que, além dos atravessamentos institucionais para estatísticas estaduais, há também subjetividades no ato da classificação de risco, dependendo da relação trabalhador-usuário.

Outro ponto reflexivo, durante as observações e as entrevistas, diz respeito ao acolhimento realizado pelo serviço social. Há uma dissociação entre o acolhimento e a classificação de risco, sendo a classificação de risco realizada pelo enfermeiro e o acolhimento quase exclusivamente realizado pelo assistente social. Essa divisão traz à tona práticas de saúde distantes do modelo preconizado, pois revela uma postura em que não se priorizam as necessidades do outro, evitando a escuta qualificada e voltada ao usuário. Por outro lado, o trabalho realizado pelas assistentes sociais demonstrou a existência de humanização e cuidado centrado no usuário, revelando diversas tentativas para que a acessibilidade se efetivasse no momento do reconhecimento da necessidade de saúde. Todavia, a partir desse

cuidado, as assistentes sociais acabam assumindo um papel de mediadoras do cuidado, negociando os atendimentos com a equipe médica e solicitando a permissão da liberação da classificação com os enfermeiros do ACR. Nesse contexto, foi possível verificar o poder que o enfermeiro classificador assume sobre o serviço social e sobre os usuários, revelando um cenário de disputas, onde a permissão de atendimentos se traduz como um favor àqueles que imploram por um atendimento no hospital. Essas disputas também dizem sobre um confronto de modelos, em que de um lado estão as práticas voltadas ao modelo biomédico e do outro, o modelo humanizado, voltado ao usuário e às suas necessidades de saúde.

Dentro de um contexto atual, em que se preconiza a humanização das práticas de saúde por todos os profissionais e em todos os serviços do SUS, atuando de forma a qualificar a escuta e responsabilizar-se pelo usuário, o estudo revelou que no serviço estudado a humanização encontra-se principalmente no discurso, sem que haja, efetivamente, uma mudança no interior das práticas de cuidado. Entretanto, é importante considerar que a humanização é um processo e demanda um tempo histórico para sua concretização.

A delimitação da AB como porta de entrada passa, necessariamente, pela melhoria dos serviços, da absorção das demandas e articulação entre os pontos de atenção. O PMAQ-AB trouxe a necessidade de melhorias nos processos de trabalho e na resolutividade das demandas agudas, com o estímulo à mudança do modelo de atenção hegemônico, biomédico, para um modelo que centralize as práticas nas necessidades dos usuários. Com a implementação do PMAQ-AB, a AB deveria assumir seu papel de porta de entrada e, com isso, ampliar o acesso dos usuários no primeiro atendimento de urgências. Assim, considerando que, para que a AB contribua na concretização da RAS, se faz necessário que seja resolutiva e coordenadora do cuidado, esta pesquisa pode verificar que a realidade ainda está distante do que se preconizam as políticas voltadas ao setor, pois revelou dificuldades no acesso à AB, seja por barreiras organizacionais no ponto de entrada ou dentro dos serviços. Ademais, a partir do discurso dos profissionais e usuários, as UPAs se revelaram incapazes de absorver a demanda trazida pela baixa oferta de consultas na AB, constituindo-se em mais um ponto de atenção atravessado pelas barreiras de acesso ao SUS. Nesse contexto, a população visualiza a unidade hospitalar estudada como último recurso para a efetivação da acessibilidade.

Considerando o objetivo geral dessa pesquisa, os resultados apontam que a RAS e, em particular, a Rede de Urgência e Emergência do ES ainda possuem muitas fragilidades na sua implementação. As fragilidades encontradas se apresentam no contexto macropolítico, com a evidência da dificuldade de acesso aos serviços básicos, além da falta de integração entre os pontos de atenção e do fluxo interinstitucional inadequado, resultando em demandas consideradas de baixa complexidade no serviço de urgência e verdadeira peregrinação dos usuários entre os serviços de saúde e, mais uma vez, com o hospital se apresentando como último recurso na tentativa de efetivação da acessibilidade.

As fragilidades também foram percebidas no contexto micropolítico das redes, à luz de Rovere (1999), revelando ambiguidades no trato dos profissionais de saúde com os usuários, de forma que a percepção e reconhecimento das necessidades de saúde se mostraram pouco presentes entre os trabalhadores – principalmente os enfermeiros classificadores, orientados a seguir o Protocolo de Manchester –, denotando uma invisibilidade dos usuários (e de suas demandas) quando procuram acessar os serviços de saúde. Por outro lado, a utilização do acolhimento, restrito institucionalmente ao serviço social, mostrou-se como um dispositivo válido no aprofundamento do vínculo e legitimação dos usuários como cidadãos de direitos. Nesse sentido, apesar das fragilidades percebidas e das disparidades na percepção do acesso pelos sujeitos da pesquisa, ao olharmos a rede como uma rede de pessoas, podemos vislumbrar melhorias no acesso, a partir do estabelecimento e aprofundamento das relações humanas.

O poder de utilização da população, que se encontra buscando o serviço de urgência, se mostrou pequeno frente às barreiras encontradas nos diversos serviços da rede. A conformação e operacionalização da rede de serviços mostraram-se adequados enquanto teoria, porém, resgatando Rovere (2002), a partir do observado, sugerimos a instituição de uma RUE não como uma rede em si mesma, mas em “redes para”, baseadas na atualização permanente de objetivos e visões compartilhados entre os pontos de atenção, para que se mantenham coesos no cuidado com a população que possui demandas tão heterogêneas.

Os resultados deste trabalho contribuem para a pesquisa na área de Saúde Coletiva e fornece subsídios para a investigação e análise de temas relacionados à

acessibilidade à RUE, entretanto é um recorte da realidade atual, que se encontra em permanente mudança, principalmente atravessada por diferentes interesses e intencionalidades.

Por fim, a unidade hospitalar se revelou como um local privilegiado de observação das interações entre os atores sociais, demonstrando que as relações humanas são fundamentais para que se concretize uma rede de serviços centrada no usuário e possibilitando a análise dos diversos fatores que atravessam a acessibilidade aos serviços de urgência.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, Cláudia; MASSARO, Altair. **Acolhimento com Classificação de Risco**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>. Acesso em 01/05/2016.

ABREU, Kelly Piacheski de *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p.146-152, abr. 2012.

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.337-344, abr. 2015.

ALCIDES NETO, et al. Humanization and reception in hospital emergency: conditioning actors under the look of nurses. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 5, n. 4, p.519-528, 1 out. 2013

ALECRIM, Wilson; DOBASHI, Beatriz Figueiredo. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.54-57, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 29, n. 2, p.84-95, fev. 2011.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 36, n. 94, p.375-391, set. 2012.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.286-298, fev. 2010.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth; TRINDADE, Zeidi Araujo. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, p.1115-1124, 2011.

ARAUJO NETO, Benjamin Bento de. Uma análise da integração das redes de atenção à saúde nos estados do CE, PI e RN. 2014. 56 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

AQUINO, Rosana et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 25. p. 353-372.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2865-2875, nov. 2012.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso 01 Abr. 2016.

BARBIANI, Rosangela et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 855-868, sep. 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88571>>. Acesso em: 01 mai 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed. 70. 1977.

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BELLATO, Roseney et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Martins (Org.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Ed. Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 187-194, 2009.

BIELER, Gilles et al. Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.63-68, jan. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x/epdf>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 19set 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso 30 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Brasília, DF, 05 nov 2002.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006a. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.126p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007a. 68 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007b. 232 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF. 13 mai. 2009c.

_____. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Brasília, DF. 2009d

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF. 30 dez. 2010.

_____. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF. 07 jul.2011a.

_____. Portaria nº 2395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF. 11 out.2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: **Ministério da Saúde**. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso em 30/10/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 04 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 (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal**. Brasília, DF, 15 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em 14 jul 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Elementos constitutivos da rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=elementos_ras> Acesso em 06/07/2015.

BRUYNE, Paul de. HERMAN, Jacques. SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: F. Alves: 1987.

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Agueda. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.271-279, jun. 2007.

CASTRO, Ana Luísa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.477-506, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03Abr. 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO Roseni; Mattos Ruben Araújo, org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; P. 113–126. 2001.

_____. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.280-289, jun. 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2893-2902, nov. 2012.

CERQUEIRA, Monique Borba; PUPO, Lígia Rivero. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 214, 2012.

CHAGAS, Herleis Maria de Almeida; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.377-388, jun. 2013.

COELHO, Mônica Franco et al. Analysis of the Organizational Aspects of a Clinical Emergency Department: A Study in a General Hospital in Ribeirao Preto, SP, Brazil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.770-777, ago. 2010.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. Analisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: **Intercâmbio Euro Social Salud**, 2007. 68p.

COSTA, Glaucete Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, Fev.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Abr. 2016.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p.188-198, jun. 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Organization of care practices in the health network. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 1, 2011.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, Mar.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2016.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta. 2013. 155p. **Dissertação**. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, UNB – Distrito Federal.

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; FELISBERTO, Eronildo. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.345-369, jun. 2013.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], v. 21, n. 2-3, p.164-176, mar. 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. 152p. Nov. 2012 Disponível em: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf>. Acesso em 28 de mar. 2016.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Endereços dos hospitais estaduais ligados ao sistema único de saúde - SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em 26 de out. 2015.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 765-779, set. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104874>>. Acesso em: 01 mai2016.

ESTELLITA-LINS, Carlos. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc: Ims/Uerj: Abrasco, 2010. p. 67-100.

FALK et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**.; v. 13, n. 1, p. 4-9, mar 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>>. Acesso em: 25 jan 2017.

FARIA, Rivaldo Mauro. O território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do sistema único de saúde (sus) no brasil. **Boletim de Geografia**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.173-191, 3 dez. 2014.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**; São Paulo, Ed. Hucitec, 2003.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [s.l.], v. 7, n. 22, p.5-9, 29 ago. 2012. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)417](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc7(22)417).

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul. Enferm.** [s.l.], v. 23, n. 2, p.200-205, abr. 2010.

FURTADO, Betise Mery Alencar S.; ARAÚJO JUNIOR, José Luiz C; CAVALCANTI, Paulleti. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 7, n. 3, p.279-289, set. 2004.

GARLET, Estela Regina et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.266-272, jun. 2009

GASKEL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 144 p. Coleção Antropologia e Saúde. 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. In: EIBENSCHUTZ, C., org. **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 312 p.1996.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 16. p. 493-545.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

Grupo de Triagem de Manchester. **Triagem do serviço de urgência**. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002. 153p.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.4-26, 15 jul. 2009.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, p.331-336, 2004.

JORGE, Alzira de Oliveira et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.125-145, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. Repensando a humanização do Sistema Único de Saúde à luz das redes de atenção à saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-406, 2012.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.525-545, jun. 2015.

_____. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], p.879-892, 2016.

LAGO, Liane Maria et al. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1283-1291, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Mai 2016.

LIMA, Ísis Fernanda dos Santos et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 46, n. 4, p.944-952, ago. 2012

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2881-2892, nov. 2012.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo. Ed. EPU. 1986. 99p

MACIEL-LIMA, Sandra Mara; CARABAGIALLE, Luciana Ferreira. Direito à saúde: limites e potencialidades do acolhimento com classificação de risco. **Revista Jurídica**, [s.l.], v. 1, n. 34, p.358-375, jan. 2014. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/798/611>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.15-37, out 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MARIN, Maria José Sanches; MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra; MARCHIOLI, Milton. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629-636, 2014.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.13-19, fev. 2007

MELO, Rutinéia Jacob de. Atenção Primária à saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideo-políticos do Ministério da Saúde. 2009. 209 f. **Dissertação** (Mestrado) - Curso de Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009. Disponível em: <[http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Rutineia J. de Melo.pdf](http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Rutineia%20J.%20de%20Melo.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2016.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, Nov.2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

_____. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.38-49, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: - reescrevendo o público**; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS. p.29-74, 2009

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.153-164, out. 2014.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8ª. ed. São Paulo. Ed. Hucitec, 2010.

_____. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MOREIRA, Danielle de Araújo. **Protocolo de Manchester na atenção primária à saúde: visão de profissionais, usuários e gestores**. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Saúde e enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-9RMGZN/danielle_de_ara_jo_moreira_01.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.122-127, 13 mar. 2015.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.248-255, 5 jan. 2012.

NORONHA, José Carvalho de. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: Rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.50-53, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

O'DWYER, Gisele; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 5, p.1881-1890, dez. 2009.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p.2395-2404, ago. 2010.

OLIVEIRA, Tarcio de Almeida; PINTO, Karina Araújo. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.1122-1129, 12 jun. 2015.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Autalselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 5, p.1929-1938, dez. 2009.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de et al. Acolhimento em Saúde e desafios de sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.

PAI, Daiane dal; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.524-530, set. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva, TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, p.11-31, mai. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Relações entre a atenção básica, de média e alta complexidade: Desafios para a Organização do Cuidado no Sistema único de Saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 2014, p.343-352.

PINTO JÚNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1041-1047, dez. 2012.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04Jul2015.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm**, p. 574-580, 2010.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo et al. Percepção de enfermeira (os) sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.1-10, 15 jun. 2016.

RANDOW, Roberta Mendes Von et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Northeast Network Nursing Journal**, [s.l.], v. 12, n. esp, p. 904-912, 2011.

RATI, Rose Meire Silva et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3663-3672, dez. 2013

ROCHA, Erika Maria Sampaio. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: as concepções de qualidade no cuidado presentes na política e aquelas construídas pelos usuários. 171 f. Dissertação (Mestrado) – Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Cienc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.343-352, fev. 2014.

ROVERE, Mario. **Redes En Salud**; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario. [s.l.]: Secretaría de Salud Pública/amr, Instituto Lazarte (reimpresión), 1999. 113 p.

_____. **Redes nômades, algumas reflexões desde uma prática de intervenção institucional**. 2002. Disponível em: <www.revmed.unal.edu.co/red/documentos/otros/redes.pdf> Acesso em 01 fev 2017.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Pan am Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, Mar.2012. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Abr. 2016.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.75-85, jan. 2007.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 64, p. 84-90, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SANTOS, Maycon Carvalho et al. A relação entre os profissionais e usuários de uma unidade de saúde: teias de (des) afetamentos. **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 42-49, mar. 2013.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.149-156, mar. 2013.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 13, p.603-613, 2009.

SARTI, Thiago Dias. A marcação de consulta médica em uma unidade de saúde da família: uma etnografia a respeito dos conflitos entre usuários e profissionais de saúde. **Revista de APS (Online)**, v. 17, p. 362-372, 2014.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 6, p.2753-2762, jun. 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da *et al.* **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013. 249 p.

SILVA, Sabrina Guterres da *et al.* O tecer da rede de atenção às urgências e emergências: uma reflexão teórica. In: II Jornada de Condições Agudas de Saúde, 2015, Florianópolis. **Anais II Jornada de Condições Agudas de Saúde**. Florianópolis: Biblioteca Universitária da UFSC, 2015. p. 52-54.

SOARES, Stefania Santos; LIMA, Luciana Dias de; CASTRO, Ana Luisa Barros de. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014.

SOARES, Emanuely Paulino; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; O'DWYER, Gisele. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde Debate**, [s.l.], v. 39, n. 106, p.616-626, set. 2015.

SOPELETE, Monica Camargo; BISCARDI, Daniela Gomes dos Santos. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

SORIL, Lesley J. J. et al. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.1-18, 13 abr. 2015.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1283-1293, 2014.

SOUZA, Cristiane Chaves de *et al.* Nurses' perception about risk classification in emergency services. **Investigación y Educación En Enfermería**, Medellín, v. 1, n. 32, p. 78-86, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a09.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, Márcia São Pedro Leal *et al.* Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 111-120, 2015.

SOUZA, Mariana Figueiredo; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.13-20, 1 jul. 2010.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.953-972, 2010.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 46, n. 6, p.1007-1013, dez. 2012.

THIEDE, Michael. Information and access to healthcare: is there a role for trust? **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 61, n. 7, p.1452-1462, out. 2005.

THIEDE, Michael; AKEWENGO, Patricia; MCINTYRE, Di. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCINTYRE, Di; MOONEY, Gavin. **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161.

TOLEDO, Luana Vieira. **Acesso aos serviços de urgência e internação hospitalar por crianças de 0 a 2 anos residentes em Juiz de Fora - MG**. 2014. 220 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Monica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2004; S190-198.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.975-986, dez. 2006.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, 2007, p. 2490-502.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5ª Edição. Ed. Bookman, 2015.

ZANELATTO, Daiana Maggi; PAI, Daiane dal. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.358-365, 23 set. 2010.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38804614.8.1001.5291

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 876.415

Data da Relatoria: 18/11/2014

Apresentação do Projeto:

ok

Objetivo da Pesquisa:

ok

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, Bloco B, 5º andar

Bairro: Tijuca

CEP: 20.271-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1574-8800

Fax: (21)1574-8800

E-mail: cep@uva.br

ANEXO B

[RBPS] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Edson Theodoro dos Santos Neto <ojsadmin@periodicos.ufes.br>
Para: Sra Adriana Esteves Rabello <dri.esteves@gmail.com>

3 de janeiro de 2017 11:40

Sra Adriana Esteves Rabello,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência" para a revista Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/author/submission/14742>

Login: driesteves

Em caso de dúvidas, entre em contato através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Edson Theodoro dos Santos Neto
Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health
Research

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
<http://publicacoes.ufes.br/index.php/RBPS>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS E ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL SÃO LUCAS.

Acesso à Rede de Atenção à Saúde: o olhar de usuários e profissionais de saúde a partir de um serviço hospitalar de urgência.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título “Acesso à Rede de Atenção à Saúde: o olhar de usuários e profissionais de saúde a partir de um serviço hospitalar de urgência”, de responsabilidade da pesquisadora Adriana Esteves Rabello.

Esta pesquisa tem como objetivo principal: Analisar o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, numa unidade de atenção hospitalar, no estado do Espírito Santo.

Esta análise será realizada a partir das entrevistas com Enfermeiros e Assistentes Sociais do ACR no setor urgência/emergência para caracterização das dimensões estruturais e do processo de trabalho no acolhimento, além da percepção dos profissionais acerca da acessibilidade aos serviços de saúde.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista com a garantia de **sigilo das informações prestadas**.

Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. O(a) senhor(a) ficará à vontade para falar sobre o tema durante a entrevista, conforme a sua concepção. A pesquisadora estará atenta para que as suas opiniões sejam gravadas, para posterior transcrição e contribuição científica.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa Instituição.

Os benefícios relacionados à sua participação são: contribuir para o conhecimento da implementação da Rede de Urgências no Estado do Espírito Santo e suas consequências à acessibilidade e ao acolhimento.

Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma):

Assinatura do participante:

_____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador de campo:

Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Adriana Esteves Rabello

E-mail: dri.esteves@gmail.com

Telefone: (27) 98158-2705

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS.

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Acesso à Rede de Atenção à Saúde: o olhar de usuários e profissionais de saúde a partir de um serviço hospitalar de urgência”, sob a responsabilidade de Adriana Esteves Rabello, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Analisar a trajetória dos usuários acolhidos e referenciados a outros serviços, identificando barreiras e facilitadores do acesso aos pontos de atenção inseridos na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

PROCEDIMENTOS

Serão escolhidos 4 usuários de forma aleatória, acolhidos no setor de Acolhimento e Classificação de Risco do Hospital São Lucas. As entrevistas abordarão as tensões no processo de acolhida e a perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços de saúde, bem como identificar e analisar a trajetória em busca do cuidado. Estas entrevistas serão gravadas para facilitar o aproveitamento das contribuições de todos.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas serão realizadas no Hospital ou em outros locais escolhidos pelos usuários, com duração aproximada de 30 minutos. Serão organizadas no período de julho de 2016.

RISCOS E DESCONFORTOS

O(a) senhor(a) ficará à vontade para falar sobre o tema durante a entrevista, conforme a sua concepção. A pesquisadora estará atenta para que as suas opiniões sejam gravadas, para posterior transcrição e contribuição científica. Os nomes das

peças que participarão serão sigilosamente guardados pela pesquisadora e não aparecerão nas gravações.

BENEFÍCIOS

A partir das falas de todos, será construído um relatório de pesquisa e a Secretaria de Saúde, bem como o Ministério da Saúde, terão conhecimento do que construímos juntos. Esse material servirá de ajuda nas pesquisas que visam melhorar o acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As falas e informações construídas nas entrevistas serão mantidas de forma confidencial. Entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora Adriana Esteves Rabello, no telefone (27) 98158-2705. Também posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

RUBRICAS

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa eu, Adriana Esteves Rabello, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, ____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa

Adriana Esteves Rabello

APÊNDICE C

Roteiro Guia – Entrevista Semiestruturada com os Profissionais de Saúde

Identificação do participante

Nome:	
Idade:	
Sexo:	
Formação:	Quanto tempo atua:
Cargo:	Tempo de trabalho na instituição:

Tópicos e perguntas a serem abordados:

1. No dia a dia, quais são as principais demandas dos usuários que procuram este hospital?
2. Como ocorre a Classificação de Risco → de que maneira são identificadas as prioridades a serem atendidas nesta unidade hospitalar?
3. Como se dá o fluxo de usuários classificados nas diferentes cores, nesta unidade hospitalar?
4. Como são identificados os usuários que não têm prioridade no atendimento? Quais dificuldades enfrentadas por você, diante desses usuários?
5. No caso dos usuários classificados como “Azul” e “Branco”, qual a diferença no fluxo, já que ambos não são urgentes?
6. Como se dá o processo de integração intersetorial, após o usuário ser classificado e encaminhado para atendimento com o especialista?
7. Quais são as principais dificuldades no cotidiano do trabalho (relação usuário-equipe, volume e tempo de atendimentos, condições de trabalho, relação equipe-hospital)?
8. Quais usuários não são atendidos neste serviço e encaminhados ao Serviço Social para serem referenciados a outro serviço?

9. Quais facilidades e dificuldades você encontra quando necessita encaminhar um usuário a outro serviço de saúde?
10. Como você percebe o acesso dos usuários a este hospital? Quais facilidades e dificuldades?
11. Você conhece a Rede de Urgência e Emergência do estado?
12. Como você entende o papel da UPA na rede?
13. Como você avalia/analisa o dispositivo de Classificação de Risco?
14. Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE D**Roteiro Guia – Entrevista Semiestruturada com os Usuários****Identificação do participante**

Nome:
Idade:
Sexo:
Escolaridade:
Bairro e Cidade onde reside:
Unidade de Saúde em que é atendido(a) (caso seja):

Tópicos e perguntas a serem abordados:

1. Conte-me sobre seu processo de adoecimento.
2. Você apresenta outros problemas de saúde?
3. Você procurou outro(s) serviço(s) antes de vir a este hospital?
4. Por que você procurou este hospital de urgência?
5. O que é urgência para você?
6. Qual a sua percepção sobre o acolhimento no hospital?
7. Você foi encaminhado a outro serviço? → Utilização – uso dos serviços - informação.
8. Quais foram as dificuldades geográficas, financeiras, organizacionais encontradas (o trajeto)?
9. Gostaria de acrescentar algo mais?