

Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível

Emergency Care Unit and Primary Health Care: A possible integration

Romero Chartuni Bandeira¹, Ronaldo Rocha Bastos², Estela Marcia Saraiva Campos², Gisele O'Dwyer³

DOI: 10.1590/2358-289820251459543P

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar a complementariedade da atenção e os processos de trabalho entre a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Atenção Primária à Saúde (APS) em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro, enfocando a integração assistencial. Trata-se de pesquisa descritiva que utilizou dados primários (entrevistas com 5 gestores e *survey* de 283 usuários) e secundários (dados de produção da UPA e da Estratégia Saúde da Família – ESF). O município tem cobertura populacional de 100% pela ESF e uma rede de urgência suficiente. Entretanto, prioriza investimento na UPA em detrimento da APS. Entre 2018 e 2022, 90% dos atendimentos na UPA foram urgências de baixo risco. As principais doenças que levaram os usuários à UPA incluíram condições osteomusculares (24%), respiratórias (15%), infecciosas e parasitárias (11%). Os sintomas mais frequentes foram gripais (24%) e osteomusculares (22%). Usuários priorizam a busca por cuidados na UPA por limitações da ESF, comodidade e desconhecimento. Os 33 entrevistados que foram à ESF e depois à UPA alegaram ausência de médicos e indisponibilidade de agendamento. Fluxos assistenciais não são definidos e sistemas de informação não se comunicam. Dados indicaram que a integração entre APS e UPA é frágil.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Serviços médicos de emergência. Atenção integral à saúde.

ABSTRACT This study aimed to analyze the complementarity of care and work processes between the Emergency Care Unit (UPA) and Primary Health Care (PHC) in a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro, focusing on healthcare integration. This descriptive research used primary data (interviews with 5 managers and a survey of 283 users) and secondary data (production data from the UPA and the Family Health Strategy – FHS). The municipality has 100% population coverage by the FHS and a sufficient emergency care network. However, it prioritizes investment in the UPA over PHC. Between 2018 and 2022, 90% of consultations at the UPA were classified as low-risk emergencies. The main conditions that led users to the UPA included musculoskeletal conditions (24%), respiratory (15%), infectious and parasitic (11%). The most frequent symptoms were flu-like (24%) and musculoskeletal (22%). Users prioritize seeking care at the UPA due to the limitations of the FHS, convenience, and lack of awareness. The 33 respondents who visited the FHS and then the UPA reported an absence of doctors and unavailability of appointments. Care flows are not defined, and information systems do not communicate. Data indicated that the integration between PHC and UPA is weak.

KEYWORDS Primary Health Care. Emergency medical services. Comprehensive health care.

¹Prefeitura Municipal de Três Rios (PMTR) – Três Rios (RJ), Brasil.
rbandeira@yahoo.com

²Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A produção de pesquisas no âmbito das políticas públicas em saúde, com especial enfoque nas áreas de Urgência e Emergência (UE) e Atenção Primária à Saúde (APS), tem desempenhado um papel fundamental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, articular e integrar serviços de diferentes complexidades tem sido a proposta do SUS, de modo que, organizados em rede de atenção, ele possa alcançar melhor efetividade da assistência.

Compreender como um serviço de urgência e a APS se integram motivou o presente estudo, reconhecendo a relevância dessa relação. É função da APS atuar como a porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo o primeiro atendimento em situações de urgência e, quando necessário, encaminhando os casos aos demais pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um dos pontos da atenção da RUE; é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a APS e a rede hospitalar. Isso significa que devem ser encaminhados à UPA apenas casos compatíveis com a sua complexidade, tanto por demanda espontânea, por viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu), outro ponto de atenção da RUE, quanto por outros meios de transporte sanitário proveniente dos municípios ou concessionárias de rodovias da região Centro-Sul Fluminense.

Ao concentrar os atendimentos de complexidade intermediária, é missão da UPA estabilizar pacientes graves, para possíveis encaminhamentos a serviços de maior complexidade ou integrar-se à rede assistencial vinculada a APS. Contudo, mesmo com esses conceitos bem definidos, os pacientes têm liberdade de acessar ambos os serviços, baseando-se em suas experiências anteriores, percepção de gravidade e confiança nos serviços. Apesar dos esforços na constituição de redes, a UPA enfrenta uma sobrecarga de

atendimentos de baixo risco, frequentemente atribuída à incapacidade da APS de acolher essas urgências, seja pelo acúmulo de tarefas, seja pela falta de capacitação profissional¹.

As urgências de baixo risco correspondem aos casos classificados como verde e azul de acordo com a Classificação de Manchester².

Alguns estudos indicam que a APS é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde de uma população, conciliando ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, além de coordenar a atenção nos outros níveis do sistema. Assim, a APS atua como base para o funcionamento dos níveis secundário e terciário^{3,4}.

Entretanto, um dos principais desafios do SUS é lidar com a fragmentação do sistema, que é predominantemente reativo, episódico e voltado ao enfrentamento de condições agudas e à agudização de condições crônicas⁵.

A situação de saúde de tripla carga de doença com predomínio de situações crônicas não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado – no qual os pontos de atenção não se integram – e voltado para atender condições agudas, característico da situação de saúde brasileira⁶.

É imperativo que os municípios se organizem, identificando centros de referência por níveis de complexidade, além das portas de entrada prioritárias da UE, leitos de retaguarda, unidades de terapia intensiva e outros serviços, compondo uma rede com acesso regulado e estruturado.

O objetivo deste estudo foi analisar a complementariedade da atenção e dos processos de trabalho entre a UPA e a APS em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro, enfocando os processos de trabalho e a integração assistencial.

Para isso, foram caracterizados os atendimentos de demanda espontânea na UPA 24h de Três Rios (RJ), em 2023, e identificados os principais motivos que levaram a população a procurar esse serviço, em um município onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma cobertura de 100% da população.

Material e métodos

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e exploratória, empregando métodos qualitativos e quantitativos, tanto primários quanto secundários, realizada em um município de médio porte na região Centro-Sul Fluminense, Três Rios (RJ). A investigação foi orientada pelas políticas públicas de saúde vigentes.

O município de estudo conta com uma população de 82.142 habitantes, dispõe de uma infraestrutura de saúde composta por 29 Unidades Saúde da Família (USF), 6 equipes de APS vinculadas às USF, 26 equipes de saúde bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), policlínica, clínicas e ambulatórios especializados contratados e públicos, unidade de vigilância em saúde, Centro Regional de Saúde do Trabalhador (Cerest), serviço de diagnose e terapia, Centros de Atenção Psicossocial (Caps) II e AD III, UPA, Samu, central de

regulação médica de urgência, um hospital geral (Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição – Associação Congregação Santa Catarina), central de regulação de leitos, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) composto por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e uma unidade de reabilitação, habilitada em Centro Especializado em Reabilitação (CER tipo II), voltada ao atendimento de pessoas com deficiência e pessoas idosas⁷.

A APS é organizada por meio da ESF, que possui cobertura de 100% da população, contemplando unidades de diferentes níveis de atenção. No momento da pesquisa, as equipes estavam completas conforme informações obtidas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷. O *quadro 1* a seguir sintetiza as etapas da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a metodologia de análise.

Quadro 1. Etapas da pesquisa, instrumentos de coleta e análise

Etapas	Atividades	Instrumentos de coleta e análise
Primeira etapa	Realização e análise do material obtido nas entrevistas com gestores (qualitativa).	Entrevista semiestruturada, orientada por roteiro, conduzidas pelo autor, realizadas ao secretário de saúde, ao coordenador da APS e da UE do município de Três Rios (RJ) e os coordenadores, médicos e de enfermagem da UPA 24h do município.
Segunda etapa	Realização e análise do material obtido das entrevistas estruturadas aplicadas a usuários.	Entrevistas estruturadas do tipo survey aos usuários da UPA 24h de Três Rios (RJ), conduzidas pelo autor. Registro em tempo real por meio da plataforma digital Google Forms. Análise dos dados no ambiente de programação livre R.
Terceira etapa	Análise quantitativa de dados de produção longitudinais e séries temporais.	Base de dados de produção da UPA 24h de Três Rios (RJ) coletados pelo programa Klinikos, utilizado pelo serviço.

Fonte: elaboração própria.

Na primeira etapa, o roteiro semiestruturado abordou aspectos relacionados com a articulação entre os serviços, a organização e a configuração da APS, entre outros. O tempo de duração de cada entrevista foi, em média,

de 40 minutos, e foram realizadas no próprio local de trabalho dos gestores.

A segunda etapa buscou compreender os motivos pelos quais a população coberta pela ESF busca atendimento na UPA 24h para

situações classificadas como de baixo risco. Abordou aspectos relacionados com as queixas principais dos 283 usuários entrevistados, de acordo com os diagnósticos registrados pela 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) nos anos de 2022 e 2023. Utilizaram-se entrevistas estruturadas do tipo *survey*. Nessa etapa, as entrevistas foram realizadas em dias úteis, ao longo de duas semanas, na sala de espera da UPA, entre 8h e 17h, em períodos curtos (1 hora) nos turnos matutino e vespertino, selecionados aleatoriamente. Para a identificação do município de origem dos usuários entrevistados, foi coletado tal dado nos deferidos prontuários.

A terceira etapa teve como finalidade levantar o número de atendimentos por classificação de risco (2018-2023), a distribuição dos usuários por bairro e cidade (2018-2023), as queixas principais dos 283 entrevistados de acordo com a CID-11 e os diagnósticos registrados pela CID-11 nos anos de 2022 e 2023.

O motivo da consulta (ou queixa principal) dos atendimentos realizados na UPA foi analisado com base na CID-11. Os diagnósticos mais frequentemente registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos definidos da própria CID-11.

O conjunto das etapas teve como objetivos levantar o perfil da demanda espontânea e analisar os motivos pelos quais a população coberta pela ESF procurar atendimento na UE para situações de baixo risco. Além disso, buscou coletar informações sobre a integração assistencial locorregional sob a perspectiva de gestores, coordenadores e usuários, além de outros condicionantes.

Para não haver possibilidade de identificação dos entrevistados e preservar o anonimato dos participantes, no manejo das informações coletadas, foi atribuído um ordenamento por um número arábico iniciando pelo numeral 1 e assim sucessivamente, precedido de um código (Entrev), ficando da seguinte forma: Entrev1, Entrev2... etc.

A pesquisa seguiu os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)⁸ e

da Resolução nº 580 de 2012⁹ do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 65691122.9.0000.5147; Parecer nº 136353) em 24 de fevereiro de 2023 e pela comissão gestora e de regulamentação, monitoramento e acompanhamento da LGPD do próprio município. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados foram organizados em dois eixos: processo de trabalho e integração entre serviços.

Processo de trabalho

O grupo de gestores destacou vários problemas, como dificuldades na organização do trabalho das equipes, conflitos entre o atendimento programado e a demanda livre, e atuação do profissional médico, que pode impor limitações à efetividade da APS, entre outros. Alguns relatos demonstram a necessidade de reestruturar a APS:

A gente precisa realmente reestruturar a Atenção Primária. (Entrev1).

A reestruturação destas duas Redes ela se faz urgente. Nós estamos tentando... ter ela [APS] como ordenadora do cuidado como porta prioritária do sistema de saúde no seu município. (Entrev5).

Um dos principais problemas relatados pelos entrevistados foi a má remuneração dos profissionais da área de saúde no município, especialmente a diferença salarial entre médicos concursados e aqueles que prestam serviço por meio do Programa Mais Médicos, com estes últimos recebendo praticamente o dobro dos concursados. Isso pode explicar a não aderência à carga horária estabelecida de 40 horas semanais por parte dos médicos

concursados. A baixa remuneração, somada à ausência de um plano de cargos, carreiras e salários adequado, dificulta a fixação desses profissionais na rede municipal de saúde, contribuindo para sua alta rotatividade e impactando negativamente nos processos de trabalho e no atendimento à população. Na atualidade, mais de 50% das vagas de médicos das USF são ocupadas por médicos do Programa Mais Médicos. Eis o relato dos entrevistados:

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

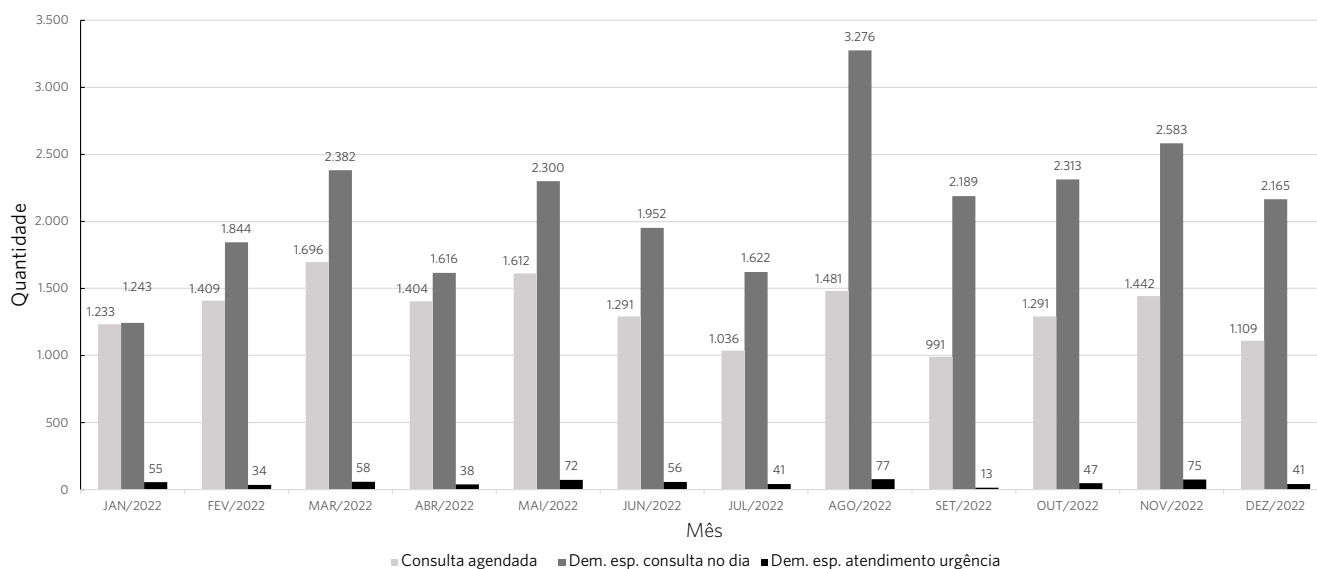
Três Rios tem um dos salários mais baixos da região, e o plano de carreira do município precisa ser revisto

para que nós possamos atrair bons profissionais. (Entrev5).

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

No ano de 2022, nas USF do município de Três Rios (RJ), foi realizado um total de 42.087 atendimentos, sendo 60,6% por demanda espontânea (25.485), 38% por demanda programada (consulta agendada) (15.995) e 1,4% por atendimentos de urgência (607). O gráfico 1 a seguir evidencia essas demandas:

Gráfico 1. Número de atendimentos nas USF do município de Três Rios (RJ), segundo o tipo de demanda e mês de ocorrência - 2022



Fonte: elaboração própria.

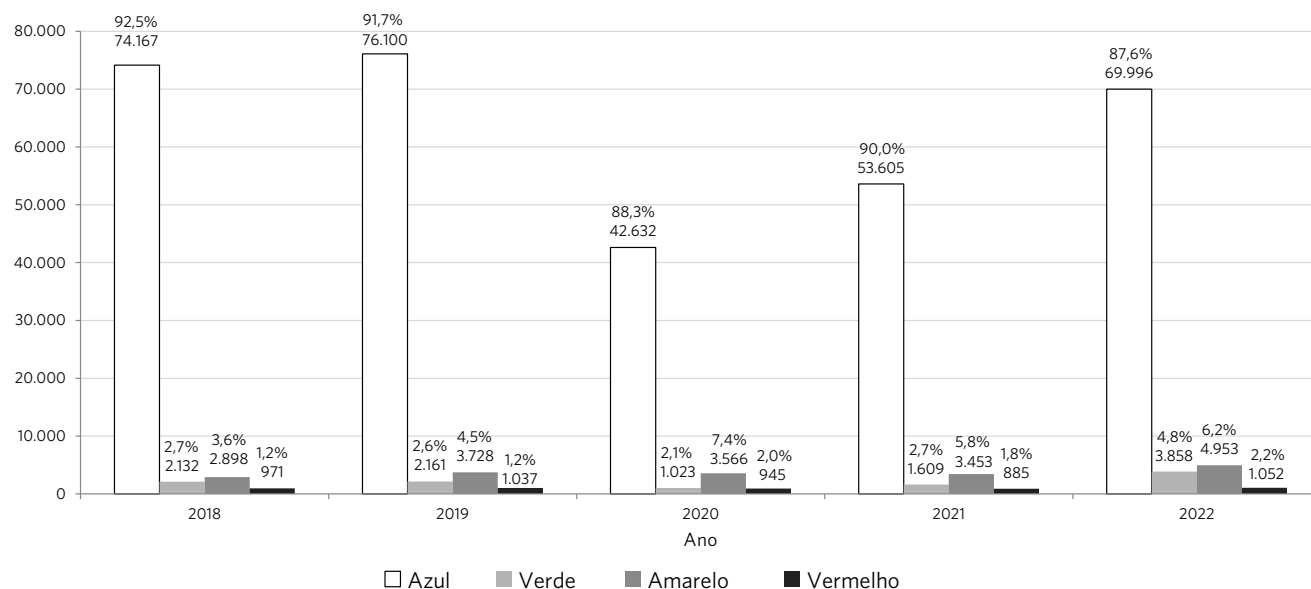
A UPA 24h de Três Rios (RJ), sendo regional, atende não apenas aos munícipes locais, mas também a quatro outros municípios (Paraíba

do Sul, Sapucaia, Comendador Levy Gasparian e Areal), além de usuários de cidades circunvizinhas do estado de Minas Gerais (Chiador

e Santa do Deserto). Funcionando 24 horas como uma unidade de 'porta aberta', a UPA presta assistência a todos os tipos de urgências e emergências, tanto para adultos quanto para pediátricos

Uma análise temporal do número absoluto de atendimentos de usuários na UPA, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, entre os anos de 2015 e 2019, é apresentada no *gráfico 2* a seguir:

Gráfico 2. Total de atendimentos por classificação de risco, entre 2018 e 2022, Três Rios (RJ)



Fonte: elaboração própria.

Em torno de 90% dos usuários atendidos na UPA nos anos de 2018-2022 foram classificados como de risco azul, de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que a maior parte das demandas da UPA é de usuários que poderiam ser atendidos na APS. Alguns entrevistados relataram que muitos usuários da UPA vão até a unidade em busca de atestado:

A maioria das urgências de baixo risco vai em busca do atestado. (Entrev1).

De 100 atendimentos destes de baixo risco [deste azul e verde], 85% saem com um atestado na

mão. Porque o objetivo dele é procurar a UPA e dar um atestado para ele. (Entrev3).

Não há nenhuma ação educativa na UPA no sentido de referenciar/contrarreferenciar pacientes categorizadas como de baixo risco. Os relatos confirmam a superlotação da UPA 24h de Três Rios (RJ) com pacientes de baixo risco:

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

Aqui [UPA] a gente tem um alto índice de atendimento de baixo risco, que poderiam ser atendidos na atenção primária. (Entrev2).

Acho que o grande problema da saúde pública a nível nacional, é estes mecanismos de referência e contrarreferência. (Entrev1).

Além do mais, os próprios entrevistados apontam onde estão realmente o problema e a possível solução:

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

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

A fala de um dos entrevistados a seguir é preocupante para a gestão ao destacar que, caso haja uma diminuição dos atendimentos de baixo risco na UPA 24h de Três Rios (RJ), isso poderá diminuir o seu porte de habilitação e, conseqüentemente, o seu financiamento. Assim, pode-se explicar a grande demanda por atendimentos de baixo risco:

A UPA é habilitado pelo porte IV e se ela não fizer 10 mil atendimentos mês, ela vai perder a habilitação. Ou seja, a gente mesmo incentiva que as

urgências de baixo risco sejam atendidas lá pois se você não vai alcançar esse parâmetro aí, vai perder a qualificação dela como porte IV. (Entrev5).

As entrevistas aos 283 usuários da UPA tiveram como objetivo compreender, sob a perspectiva dos diferentes participantes deste estudo, os motivos que levaram os usuários a procurarem o atendimento na unidade, considerando que as USF deveriam ser a 'porta de entrada' preferencial para o sistema de saúde, ainda mais em se tratando de um município que possui 100% de cobertura da populacional pela ESF.

Foram entrevistados 153 usuários do sexo masculino, correspondendo a 54,6%, enquanto as do sexo feminino foram 130 (45,94%). Ao buscar no prontuário dos 283 usuários avaliados, identificou-se que a grande maioria residia no município de Três Rios (RJ) (88,69%), seguido de Paraíba do Sul (RJ) (4,59%), Comendador Levy Gasparian (RJ) (3,53%), Chiador (MG) (0,71%), entre outros.

Os dez problemas de saúde com maior prevalência, apontados pelos usuários da UPA 24h de Três Rios (RJ), revelam que a maior parte deles poderia ser atendida na USF, a saber: dor no corpo, dor lombar, diarreia, dor de garganta, conjuntivite, entre outros. Para melhor entendimento, foram agrupadas as queixas principais dos usuários entrevistados de acordo com grupos predeterminados pelos autores, que apareceram com maior frequência, conforme *tabela 1* a seguir:

Tabela 1. Motivos de atendimento por grupo de doenças, UPA 24h de Três Rios (RJ) – 2023

Descrição do Grupo	Total	Proporção
Sintomas gripais	54	24%
Doenças do aparelho osteomuscular	51	22,67%
Infecção gastrointestinal	42	18,67%
Cefaleia	28	12,44%
Infecção de vias aéreas ou respiratórias	22	9,78%
Virose	13	5,78%
Alergia	7	3,11%
Infecção das vias urinárias	6	2,67%
Dor pélvica	2	0,89%
Outros	58	25,78%
Total	283	100%

Fonte: elaboração própria.

Dos 283 entrevistados, 250 (88,3%) procuraram direto a UPA. Segundo os entrevistados, o motivo predominante é a limitação da USF em atender apenas usuários previamente agendados, representando 125 casos (50%), enquanto questões de conveniência/comodidade dos usuários também desempenharam um papel significativo, totalizando 62 ocorrências (25%). Além disso, desconhecimento dos usuários do fluxo totalizou 38 (15%), enquanto USF sem médico resultou em 20 (8%).

Dos usuários entrevistados que inicialmente recorreram à USF antes de dirigirem-se à UPA 24h de Três Rios (RJ), observou-se que, entre os 283 entrevistados, somente 33 deles (11,66%) optaram por procurar a USF do seu bairro antes de receberem atendimento na unidade. Dentro desse grupo de 33 usuários que escolheram a USF do seu bairro como

primeira opção antes de recorrerem à UPA, 8 deles (24%) relataram que não havia médico e 6 deles (18%) não conseguiram ser atendidos devido à falta de disponibilidade para agendamento de consulta na USF, entre outros.

Em relação à frequência dos usuários na USF de seu bairro, pouco mais da metade (50,3%) respondeu que não a frequenta. Contudo, não foram investigados os motivos dessa ausência nem as razões que os levaram a procurar a USF antes de recorrerem à UPA.

Dos 283 atendimentos aos usuários da UPA que responderam ao questionário da pesquisa, foram identificados os principais motivos de consulta (queixa principal) considerando a CID-11. Os 20 diagnósticos mais frequentes registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os 8 capítulos da CID-11, conforme *tabela 2*, a seguir:

Tabela 2. Diagnósticos registrados dos atendimentos dos usuários entrevistados da UPA 24h de Três Rios (RJ), 2023

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

Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos do Programa Klinikos da UPA 24h de Três Rios (RJ).

Os 20 diagnósticos mais frequentemente registrados, do total de 91 identificados, corresponderam a 93,2% (n = 264) dos atendimentos. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (24%), doenças do aparelho respiratório (15%), doenças do aparelho digestivo (15%), doenças infecciosas e parasitárias (11%), os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (9%), as doenças do aparelho circulatório (4%) e os transtornos mentais e comportamentais (3%) foram os mais frequentes. Tais condições compatíveis com o escopo de atendimentos da APS.

Integração entre os serviços

Nesse contexto, são apresentadas as informações que auxiliam na compreensão das estratégias e dos mecanismos adotados no município para integração/articulação entre a UPA e a APS. De forma geral, ficou clara a dificuldade de integração entre a UPA e a APS no município. Ademais, a limitada integração da APS com os demais níveis de cuidado dificulta a conquista da tão desejada coordenação do cuidado, comprometendo o reconhecimento da ESF como a principal ‘porta de entrada’ dos usuários no SUS. Eis os relatos dos entrevistados:

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

Não há integração nenhuma. (Entrev3).

Precisamos ter as Unidades Integradas. (Entrev5).

Sabe-se da dificuldade de estabelecer a coordenação do cuidado em um sistema municipal de saúde. Nessa lógica, os relatos das entrevistas apontam a necessidade de um aprimoramento dos fluxos e protocolos:

Acho muito frágil esta relação ainda. Porque muitas das vezes o paciente não sabe explicar, o que o médico de onde ele passou disse para ele, ou falou o que ele tem. (Entrev1).

Esse fluxo ele é importante ele precisa acontecer. (Entrev5).

Conforme indicado pelos entrevistados, ainda é necessário trabalhar as questões dos fluxos e protocolos e fazer com que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) funcionem no município: *“É preciso trabalhar a classificação destes profissionais, adoção de protocolos. Nosso desafio é as redes funcionarem”* (Entrev5).

A falta da intercomunicabilidade dos sistemas de informação foi um grande problema relatado pelos entrevistados:

Você não tem prontuário eletrônico, então você acaba gastando mais com esse paciente. (Entrev1).

Precisamos ter prontuário eletrônico, nós precisamos ter a informatização das Unidades. (Entrev5).

Praticamente todos os entrevistados na primeira etapa relataram que não há referência e contrarreferência no município, principalmente pela sua escassez e pela forma como elas são feitas. Alguns até ironizam:

Raras vezes nós temos um encaminhamento. A maioria das vezes eles vão por conta própria. De

boca ou num papelzinho, mas a maioria é feita de boca. Nunca recebemos esta referência da UPA. (Entrev3).

Discussão

Os resultados apontaram alguns problemas que comprometem a efetividade da APS. Entre os principais desafios, estão as dificuldades na organização do trabalho das equipes, os conflitos entre o atendimento às demandas programada e espontâneas e as limitações impostas pela atuação de alguns profissionais médicos. Tais problemas comprometem a capacidade resolutive da APS em atuar como a base do sistema de saúde, essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças¹⁰.

O modelo biologicista e hospitalocêntrico, predominante antes do SUS, priorizava hospitais e intervenções especializadas, negligenciando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Isso reforçou a ideia de que a qualidade está associada a tecnologias e procedimentos, relegando a APS a um papel secundário. Essa lógica criou a percepção equivocada de que UPA e hospitais oferecem cuidado superior às USF, sobrecarregando os serviços de urgência com demandas que poderiam ser resolvidas na APS⁴.

Os entrevistados expressaram a percepção de que a atual estrutura da APS não atende adequadamente às necessidades da população, o que a impede de ser, de fato, a principal ‘porta de entrada’ do sistema de saúde municipal. A APS é uma inovação no cuidado em saúde, destacando-se por promover ações integradas, resolutivas e centradas nas necessidades reais da população. Diferentemente de serviços de urgência e hospitais, que perpetuam práticas tradicionais baseadas em medicamentos, atestados e especialistas, a APS prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o vínculo com a comunidade.

Problemas como dificuldades na organização do trabalho, fiel cumprimento da carga horária estabelecida, conflitos entre

atendimento programado e por livre demanda, atuação do profissional médico, entre outros, foram amplamente destacados como limitadores da resolutividade da APS.

Os resultados ressaltam a necessidade de readequar a APS para que ela possa cumprir seu papel de coordenadora do cuidado e de primeira linha de defesa contra doenças. Isso implica uma revisão dos modelos de gestão e organização. A ESF, modelo de reorientação da APS adotado pelo município, busca equilibrar a atenção às demandas espontâneas e programada¹¹. Nesse contexto, garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial fazem parte da rotina dos profissionais da APS.

Estabelecer um equilíbrio entre esses tipos de atendimentos é fundamental, pois a priorização excessiva das demandas espontâneas pode desvirtuar a lógica da APS, aproximando-a do modelo de pronto atendimento. Por outro lado, focar exclusivamente as demandas programadas pode reduzir a capacidade de atender às demandas espontâneas, essenciais para garantir o acesso e o vínculo com os usuários aos serviços.

Entre os 283 usuários entrevistados, 88,3% (250) optaram por buscar atendimento diretamente na UPA 24h de Três Rios (RJ) em detrimento das USF. Esse comportamento pode ser atribuído, principalmente, à limitação das USF em atender pacientes sem agendamento, o que representou 50% (125) dos casos. A percepção de maior acessibilidade e rapidez no atendimento da UPA reforça essa preferência.

A análise dos problemas de saúde relatados na UPA revelou que grande parte dos atendimentos poderia ser resolvida na APS. Isso evidencia a importância de uma abordagem integrada e coordenada para a organização dos serviços de saúde, garantindo acesso oportuno e adequado aos diferentes níveis de atenção e otimizando os recursos disponíveis para atender às necessidades da comunidade¹²⁻¹⁴.

O modelo de acesso avançado, ou acesso aberto, é uma estratégia que visa reduzir o tempo de espera e garantir atendimento em

tempo oportuno, com o lema 'faça hoje o trabalho de hoje'. Essa abordagem promove a continuidade do cuidado e pode tornar a APS mais resolutiva, evitando gastos desnecessários e redirecionando demandas inadequadas para os serviços de UE¹⁵.

Fortalecer a APS no município é fundamental para enfrentar esses desafios e melhorar o sistema de saúde. Isso requer não apenas investimentos em recursos e infraestrutura, mas também mudanças na organização e entrega dos serviços, com a APS assumindo um papel central na coordenação do cuidado e no acesso da população aos serviços de saúde¹²⁻¹⁴.

A APS requer não apenas investimentos em recursos e infraestrutura, mas, sobretudo, mudanças na forma como os serviços de saúde são organizados e entregues, com a APS assumindo um papel central na coordenação do cuidado e no acesso da população aos serviços de saúde¹⁶.

A insatisfação com a remuneração dos profissionais de saúde, apontada pelos entrevistados, é um fator crítico que afeta a qualidade e a sustentabilidade dos serviços. Dessa forma, a baixa remuneração dificulta a atração e a retenção de talentos na APS, contribuindo para uma alta rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem¹⁷.

Embora o Programa Mais Médicos possa ser um fator positivo ao integrar médicos à APS, sua eficácia depende de investimentos estruturais e planejamento para fixação de profissionais após o término do vínculo. Caso contrário, pode gerar dependência e comprometer a continuidade do cuidado.

Estudos mostram que os vínculos de trabalhos temporários na APS já são realidade no País, seja via cargos comissionados, geralmente por indicação direta da gestão municipal, seja via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com reduzida estabilidade em detrimento do servidor estável com vínculo protegido¹⁸⁻²⁰.

Com cerca de 90% dos atendimentos da UPA classificados como de baixa complexidade, torna-se evidente a necessidade de fortalecer os serviços da APS para reorientar o

fluxo de pacientes e garantir um atendimento mais eficiente. Além disso, 15% dos entrevistados desconheciam os serviços oferecidos pelas USF, o que reforça a urgência de uma comunicação mais efetiva e de estratégias de divulgação que aproximem essas unidades de sua população adscrita, promovendo maior integração e comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Esse cenário revela um desvio em relação à função original atribuída à UPA, que deveria concentrar-se no atendimento de urgências de maior complexidade. Contudo, conforme apontado por um dos entrevistados, há uma preocupação adicional para a gestão: caso a UPA não alcance o mínimo de 10 mil atendimentos mensais, poderá perder sua habilitação e, conseqüentemente, o financiamento correspondente ao porte IV, conforme disposto na Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017²¹, do Ministério da Saúde.

Observa-se que, se for mantida essa média de atendimento médicos/mês, a UPA 24h de Três Rios (RJ) cairá para a opção VI, o que diminuiria o valor do repasse mensal para R\$ 183.500, valor menor do que os R\$ 250 mil recebidos atualmente.

Essa situação gera um paradoxo na gestão: enquanto a alta concentração de atendimentos de baixa complexidade na UPA prejudica o fortalecimento da APS, ela também é necessária para garantir o porte e o financiamento da unidade. Esse dilema evidencia a necessidade urgente de políticas de educação em saúde voltadas ao usuário, reforçando que a UPA é destinada a casos mais graves, e de estratégias para readequar o fluxo assistencial, valorizando a APS como porta de entrada preferencial para a rede de saúde.

A APS desempenha um papel essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e redução da pressão sobre os serviços de emergência. Assim, investimentos consistentes na APS podem gerar benefícios significativos em longo prazo, como a redução de hospitalizações evitáveis e a melhoria da qualidade de vida da população²².

O histórico da classificação de risco na UPA 24h de Três Rios (RJ), ao longo dos anos de 2018 a 2022, coloca em evidência uma discussão sobre a gestão da demanda e a eficiência dos serviços de saúde na região. Com cerca de 90% dos atendimentos atribuídos a usuários de baixa complexidade, surge a questão sobre a adequação do uso da UPA para esses casos, levantando a possibilidade de uma sobrecarga desnecessária nessa unidade.

A unanimidade entre os entrevistados sobre a necessidade de direcionar os usuários classificados como risco azul para a APS evidencia o consenso quanto à importância de reorientar o fluxo de pacientes e fortalecer os serviços de atenção básica na região¹²⁻¹⁴.

Isso implica uma revisão das estratégias de referência e contrarreferência dos usuários da UPA, bem como investimentos na capacidade e na qualidade dos serviços oferecidos na APS para garantir um atendimento eficiente e adequado às necessidades de saúde da população²³.

Esse resultado não apenas destaca a importância de uma abordagem mais integrada e coordenada na prestação de serviços de saúde, mas também ressalta a necessidade de promover uma maior conscientização da comunidade sobre a utilização correta dos recursos disponíveis, visando à otimização dos serviços de saúde e à melhoria do acesso e da qualidade do atendimento para todos os cidadãos.

Os resultados também destacam a relevância de uma abordagem integrada e coordenada na prestação de serviços de saúde, além da necessidade de conscientizar a comunidade sobre o uso correto dos recursos disponíveis. Essas ações visam otimizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento para todos.

Um fator relevante é a conveniência ou a comodidade pelos usuários em acessar a UPA (25% – 62 – dos usuários destacaram tal motivo). Isso pode refletir a localização mais centralizada ou os horários mais flexíveis da UPA em comparação com as USF. Além disso,

15% (38) dos entrevistados desconheciam os serviços oferecidos pelas USF, o que indica uma necessidade de melhor comunicação e divulgação por parte dessas unidades para informar e atrair sua população adscrita.

Um fator relevante identificado é a conveniência percebida pelos usuários ao acessar a UPA, apontada por 25% dos entrevistados. Essa preferência pode estar relacionada com a localização central ou os horários mais flexíveis da UPA em comparação com as USF.

A falta de médicos nas USF foi apontada por 8% (20) dos entrevistados como um motivo para não utilizarem esses serviços. A atuação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, também deve ser repensada para garantir que suas práticas estejam alinhadas com os objetivos da APS e que não limitem seu funcionamento.

Outro ponto crítico levantado foi a falta de médicos nas USF, mencionada por 8% dos entrevistados. Essa carência, aliada à atuação limitada de alguns profissionais de saúde, impacta diretamente o funcionamento da APS e contribui para a sobrecarga da UPA.

A frequência de utilização das USF também reflete essa desconexão: 50,3% dos entrevistados afirmaram não frequentar essas unidades. Tal dado reforça a urgência de estratégias que fortaleçam o vínculo entre a população e a APS.

A análise dos diagnósticos registrados na UPA 24h revela padrões importantes que podem orientar políticas de saúde e alocação de recursos. Compreender essas demandas permite ajustar recursos e estratégias para oferecer um atendimento mais eficaz, melhorando a qualidade geral dos serviços prestados.

A coordenação do cuidado, elemento essencial para garantir um atendimento contínuo e integrado, enfrenta desafios significativos no sistema municipal de saúde. A superação dessas barreiras exige capacitação profissional, comunicação eficaz e engajamento da comunidade. Apenas por meio dessas ações coordenadas será possível garantir que a RAS funcione de maneira eficiente e que os pacientes recebam o cuidado de qualidade que merecem.

A ausência de integração nos sistemas de informação foi apontada como uma fragilidade crítica. A informatização das unidades de saúde e a implementação de prontuários eletrônicos são medidas urgentes para melhorar a comunicação e a coordenação do cuidado, facilitando o compartilhamento de informações entre diferentes níveis de atendimento e promovendo a continuidade do cuidado.

Conclusões

A organização das RAS é uma tarefa complexa, que exige muito mais do que apenas a definição de responsabilidades e a criação de fluxos entre os serviços. É imprescindível avaliar e abordar os fatores que afetam a resolutividade e a legitimidade da APS à sua população adscrita, atendida pelas equipes de saúde da família. Apesar de sua proposta transformadora, a APS enfrenta desafios culturais e estruturais para consolidar-se como a 'porta de entrada' do SUS. Ao romper com paradigmas tradicionais, a APS redefine o cuidado em saúde, aproximando os serviços da população e propondo um sistema mais equitativo e eficaz, capaz de transformar o acesso e a qualidade do atendimento.

A APS desempenha um papel crucial no acolhimento de usuários que buscam atendimento espontâneo, na resolução de situações de urgência de baixo risco, na inserção desses usuários em linhas de cuidado e no manejo e encaminhamento de casos mais complexos para referências municipais.

Além disso, as USF são fundamentais para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de diversas condições, bem como para a promoção da saúde e o acompanhamento de rotinas. Quando devidamente integrada à RUE, a APS contribui para uma melhor gestão do fluxo de usuários, prevenindo sobrecarga nos serviços de emergência e assegurando atendimentos adequados e oportunos de acordo com a gravidade dos casos.

No entanto, os dados revelam que a integração entre a APS e UPA apresenta aparentemente uma fragilidade, caracterizando-se como fragmentada e desarticulada em relação a outros serviços da RAS. Essa falta de coesão compromete a continuidade e a integralidade do cuidado. A APS, embora represente uma proposta inovadora voltada à saúde integral e à coordenação do cuidado, enfrenta desafios estruturais e culturais para se consolidar como a base do SUS. Nesse sentido, investir em mudanças organizacionais e culturais é essencial para fortalecer a APS, ampliar sua resolatividade e promover um sistema de saúde mais equitativo e integrado, centrado nas necessidades reais dos usuários.

As entrevistas realizadas na pesquisa evidenciaram que, mesmo com a cobertura de 100% da população pela ESF, muitos usuários buscam atendimento na UPA 24h de Três Rios (RJ) devido à insuficiência percebida na qualidade do atendimento oferecido pelas USF.

Conclui-se que este estudo é uma contribuição para a organização da gestão municipal,

para a implementação de medidas para melhorar o sistema de saúde locorregional, ao fornecer informações detalhadas sobre o acesso de usuários de baixo risco à UPA, bem como para a reorganização da APS. Por fim, ao analisar as políticas de urgência e atenção básica no município, recomenda-se uma mudança em seu modelo organizacional.

Colaboradores

Bandeira RC (0009-0004-1285-9872)* contribuiu para concepção, realização das entrevistas e pesquisas, e redação do manuscrito. Bastos RR (0000-0001-9597-5967)* e O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)* contribuíram igualmente para desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita, revisão e aprovação final do manuscrito. Campos EMS (0000-0002-3569-9785)* contribuiu para desenvolvimento, resultados e discussão do manuscrito. ■

Referências

1. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Educ.* 2016;20(59):879-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>
2. Godoi VCG, Ganassim GS, Inoue KC, et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-8. DOI: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/44664>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 2024 maio 11]. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 dez 2]. 726 p. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Oliveira NRC. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS/UFMA; 2016.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Capítulo 4, As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. p. 293-347.
7. Prefeitura Municipal de Três Rios (RJ), Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Três Rios: Prefeitura Municipal; 2022.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 ago 15 [acesso em 2024 nov 28]; Edição 151; Seção I:59. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
9. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 jul 16 [acesso em 2024 nov 24]; Edição 135; Seção I:55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
10. Bernardes EH, Pereira MJB, Souza NR. Atenção primária à saúde diferente de prevenção e promoção. Ci Praxis [Internet]. 2008 [acesso em 2024 fev 24];1(1):47-52. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2065>
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2012 [acesso em 2024 fev 24]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
12. Bandeira RC, Médici LM. A Unidade de pronto atendimento (Upa) como estratégia de regulação do acesso às urgências e emergências. TCE-RJ [Internet]. 2011 [acesso em 2024 jul 9]. Disponível em: <https://portal-br.tcerj.tc.br/web/ecg/melhores-praticas-2011>
13. Souza ROA. Análise da gestão e organização da atenção básica em saúde do município de Três Rios/RJ. Revista TCE-RJ. 2011;6(1):4-10. DOI: <https://doi.org/10.70690/05k2hk88>
14. Souza ROA. A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 123 p.
15. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2111. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2111)
16. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1281-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
17. Constantino LR, O'Dwyer G, Barbosa dos Santos VL, et al. Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento. Saúde debate [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jul 9];45(131):970-86. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4500/485>
18. Martins ALX, David HMSL. Crise e enfermagem na atenção primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. Rev Enferm UERJ. 2019;27(13):223-85. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42472>
19. Eberhardt L, Carvalho M, Murofuse N. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde debate. 2015;39(104):18-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
20. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.

21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 jan 4; Edição 3; Seção I:34-37.
22. Vieira E, Gazzinelli A. Grau de integração da atenção primária à saúde de município de pequeno porte na rede de atenção à saúde. Saúde Soc. 2017;26(2):448-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>
23. Santos AM. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(10):2687-702. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>

Recebido em 23/07/2024

Aprovado em 26/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade