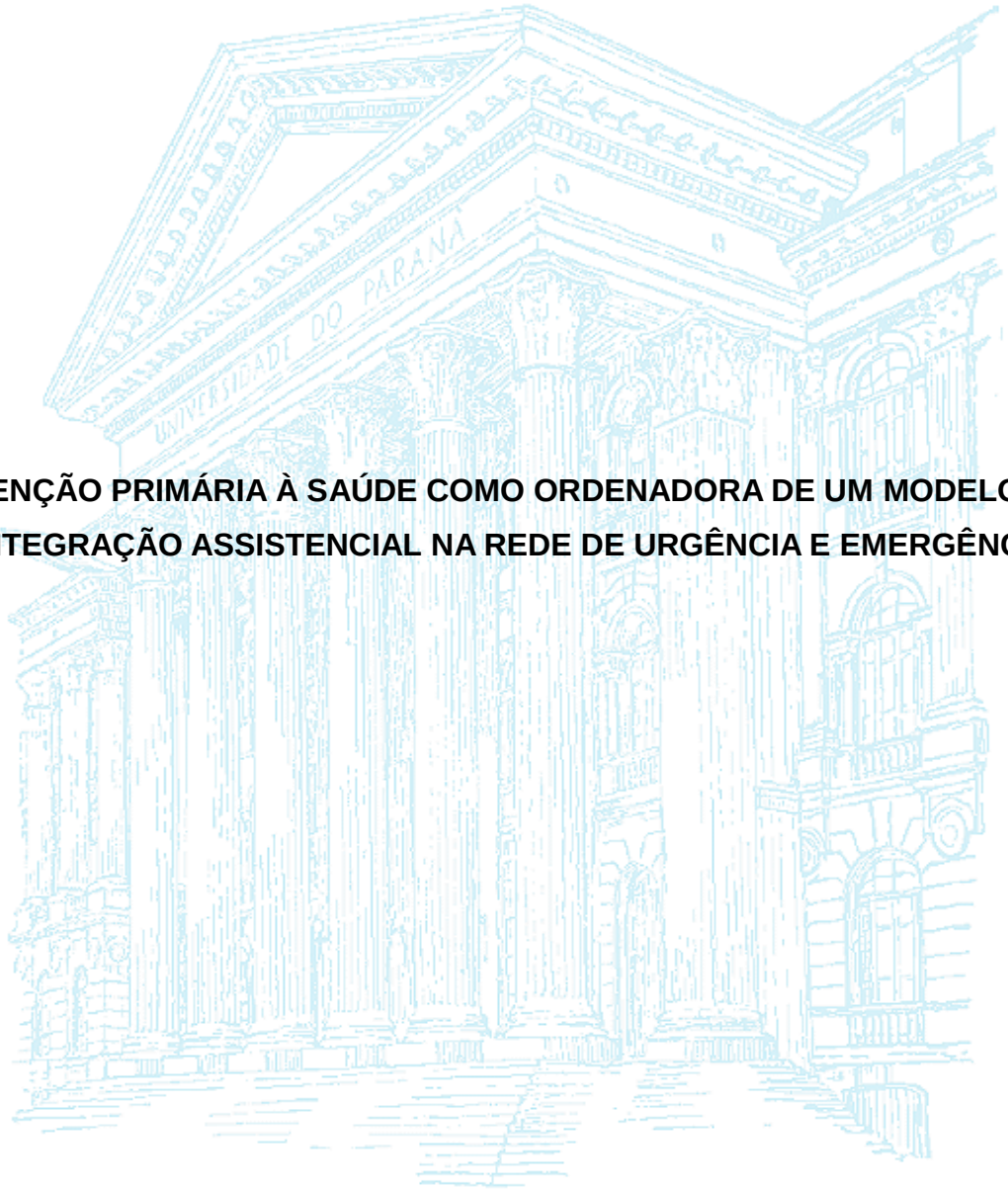
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLA DA ROS



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DE UM MODELO DE INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CURITIBA

2016

CARLA DA ROS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DE UM MODELO DE INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem – Mestrado Profissional – PPGENF, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Aida Maris Peres
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

CURITIBA
2016

Ros, Carla da
Atenção primária à saúde como ordenadora de um modelo de integração assistencial na rede de urgência e emergência / Carla da Ros – Curitiba, 2016.
110 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres
Coorientador: Professor Dr. Paulo Poli Neto
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Integração de sistemas. 2. Rede prestadora de serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Capacidade de resposta ante emergências. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Peres, Aida Maris. II. Poli Neto, Paulo. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

CARLA DA ROS

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COMO ORDENADORA DE UM MODELO DE INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Presidente da Banca - Profª. Drª. Aida Maris Peres
Universidade Federal do Paraná

Membro Titular Externo - Profª. Drª Maria Eliete Batista Moura
Universidade Federal do Piauí

Membro Titular Interno - Profª. Drª. Elizabeth Bernardino
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 25 de Fevereiro de 2016.

Dedico...

Aos meus pais, Romeu e Nelci, que não mediram esforços para que eu pudesse estudar.

Ao Guego, meu companheiro, pelo amor e incentivo em todas as horas.

Ao Marco Antonio, meu filho, pelos abraços carinhosos, pois foram fundamentais.

Aos meus irmãos, César e Alexandra, pela torcida e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Dra. Aida Maris Peres, pela confiança e compreensão; por ter me acolhido de forma carinhosa e desafiadora, a superar os meus limites e minhas dificuldades.

Ao meu Coorientador, Prof. Dr. Paulo Poli Neto, por ter aceitado o convite e ter contribuído significativamente com reflexões no aprimoramento deste estudo.

À Prof. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis e à Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura, por compartilharem seus conhecimentos e experiências, participando, também, da construção deste estudo.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Curitiba, pelo apoio e incentivo; em especial aos profissionais e gestores do Distrito Sanitário Boa Vista, uma vez que disponibilizaram o seu tempo e compartilharam suas experiências para este estudo.

Aos amigos do DAPS, que me incentivaram e me apoiaram neste percurso significativo da minha vida; especialmente à Ingrid, Terumi e Nilza, pela escuta, e por poder compartilhar as angustias e alegrias nos diferentes tempos desta caminhada.

Aos membros do Grupo de Pesquisa, Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná, por compartilharem experiências. Especialmente a Andressa, Ana Carla, Jessika e Priscila pela parceria e dedicação na construção e desenvolvimento deste estudo.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Enfermagem-Mestrado Profissional e aos demais docentes do curso, pelo apoio e ensinamentos.

Aos meus familiares, amigos e colegas de turma, que em momentos desafiadores me incentivaram a continuar.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

Da Ros, C. Atenção Primária à Saúde como ordenadora de um modelo de integração assistencial na Rede de Urgência e Emergência. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Aida Maris Peres
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

Esta pesquisa teve como objetivo geral: Elaborar uma proposta de modelo assistencial de intervenção com vistas à melhoria da integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Urgência e Emergência. Como objetivos específicos buscou-se: analisar os fluxos entre a US e a UPA; e, identificar como os profissionais das US, da UPA e os gestores definem as funções de cada equipamento que compõe a rede de atenção à urgência/emergência do município. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa compôs-se das seguintes etapas: etapa de aproximação com o campo de pesquisa; coleta de dados principal; elaboração do modelo assistencial de integração entre as US e a UPA. A coleta de dados da etapa de aproximação com o campo de pesquisa foi realizada com 17 usuários que aguardavam atendimento em uma UPA, durante duas rodas de conversa no mês de outubro de 2014; e, com 16 enfermeiros, 12 médicos e 21 gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba – PR na etapa de coleta de dados principal por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, posteriormente gravadas e transcritas. O processamento e análise dos dados da etapa prévia foram feitos a partir dos registros das rodas de conversas transcritos pelas observadoras e sistematizados pela pesquisadora, que conduziu a análise a partir dos temas identificados, classificando-os em duas categorias: dificuldade de acesso à US e compreensões sobre as atribuições da US e UPA. Para processamento dos dados das entrevistas foi utilizado o software IRAMUTEQ, que faz cálculos estatísticos sobre dados qualitativos. Em função da frequência dos vocábulos e do valor do qui-quadrado igual ou superior a 3.84, os dados foram classificados em quatro classes: comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde, acesso da população aos serviços de saúde, a integração entre a US e UPA e funções da US e da UPA na rede de atenção à saúde. A elaboração do Modelo Assistencial de Integração entre a US e a UPA apresenta duas propostas: a primeira proposta está relacionada à mudança no processo de trabalho da US e UPA, e a segunda proposta envolve maior mudanças estruturais, ambos assumem a APS como ordenadora do cuidado. Conclui-se que a integração entre US e a UPA encontra-se frágil, fragmentada e desarticulada; o processo de trabalho da APS organiza-se de forma rígida, seletiva e com barreiras de acesso aos usuários, que procuram pela UPA quando necessitam de atendimento. Os resultados permitem visualizar que a dificuldade de comunicação e integração entre a APS e UPA está relacionada a uma sobreposição de funções e que é necessário reorganizar o modelo da rede de atenção à saúde, considerando os atributos da APS e as necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Integração de sistemas. Rede prestadora de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Capacidade de resposta ante emergências. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Da Ros, C. Primary Health Care as coordinator of a caring integration model for the Emergency Care Network. Dissertation (Professional Nursing Master's Degree). Professional Post-graduation Nursing Program, Universidade Federal do Paraná.

Advisor: Profa. Dra. Aida Maris Peres
Co-advisor: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

This research study had as general objective: to elaborate a proposal of a caring intervention model in order to improve the integration between the Health Care Unit and the Emergency Care Unit (ECU) with the Primary Health Care as coordinator for the Emergency Care Network. As specific objectives, it aimed: to analyze flows between the Health Care Unit and the ECU; and to apprehend how Health Care Unit as well as ECU professionals and managers define the functions of each unit that comprises emergency health care network in the municipality. It is a descriptive-exploratory, qualitative research study. The study encompasses the following steps: approaching step with the research field; main data collection; elaboration of a health care integration model between the health care units and the ECU. Data collection in the approaching step with the research field was held with 17 users waiting for care delivery at an ECU, during two rounds of conversation in October, 2014; and with 16 nurses, 12 doctors and 21 managers of the Municipal Secretary of Health from the municipality of Curitiba – Paraná State, Brazil, during the main data collection by means of semi-structured interviews, recorded and further transcribed. Data process and analysis of the first step were carried out from records of the conversation rounds transcribed by the observers and systematized by the researcher, who carried out the analysis from the identified themes, classifying them in two categories: access difficulty to a Health Care Unit and understandings on the attributions of Health Care Units and ECUs. IRAMUTEQ software, which performs statistical calculations of qualitative data, was used for processing the data from the interviews. Due to the word frequency and chi-square ≥ 3.84, data were classified in four classes: formal and informal communication in the health system organization, population access to health care services, integration between Health Care Unit and ECU, and Health Care Unit and ECU functions in the health care network. The elaboration of the Health Care Integration Model between the Health Care Unit and the ECU features two proposals: the first proposal is related to the change in Health Care Unit and ECU work process, and the second proposal entails major structural changes, both assuming Primary Health Care as the care manager. It can be concluded that the integration between the Health Care Unit and the ECU is fragile, fragmented and disarticulated; Primary Health Care work process is organized in a rigid, selective way, with access hurdles to the users who reach for the ECU for care delivery. Results enable to apprehend that the difficulty of communication and integration between the Primary Health Care and ECU is related to a function overlap, being necessary to reorganize the heath care network model by considering Primary Health Care attributes as well as users' needs.

Key words: Systems integration. Health care provider network. Primary Health Care. Responsiveness to emergencies. Access to health care services.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DIVISÃO DISTRITAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA 34
FIGURA 2 – DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA 35
FIGURA 3 – DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ 44
FIGURA 4 – DENDOGRAMA DAS CLASSES - Palavras com x^2 superior a 3,84 45
FIGURA 5 – PRIMEIRA PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO 64
FIGURA 6 – SEGUNDA PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO 66

LISTA DE SIGLAS

ALCESTE	–	Analyse Lexicale para Context d'um Ensemble de Segments de Texte
APS	–	Atenção Primária á Saúde
CAPS	–	Centros de Atendimento Psicossocial
CHD	–	Classificação Hierárquica Descendente
CIC	–	Cidade Industrial de Curitiba
CMS	–	Conselho Municipal de Saúde
CMUM	–	Centros Municipais de Urgência Médica
DAPS	–	Departamento de Atenção Primária à Saúde
DGTS	–	Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde
DIU	–	Dispositivo Intra Uterino
DS	–	Distrito Sanitário
DUE	–	Departamento Urgência e Emergência
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
FEAS	–	Fundação Estatal de Atenção Especializada
GPPGPS	–	Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
IDQ	–	Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade
IRAMUTEQ	–	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	–	Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PMAQ	–	Programa de Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	–	Programa de Saúde da Família
RAS	–	Rede de Atenção à Saúde
RUE	–	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SIAB	–	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIATE	–	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SILOS	–	Sistemas Locais de Saúde

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.2 OBJETIVOS 17
2 REVISÃO DE LITERATURA 19
2.1 INTEGRAÇÃO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 19
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 22
2.2.1 Atenção Primária à Saúde 23
2.2.2 Unidade de Pronto Atendimento 25
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 28
3.1 ETAPAS DA PESQUISA 28
3.1.1 Etapa prévia: aproximação com o campo de pesquisa 28
3.1.2 Etapa principal da coleta de dados 29
3.1.3 Elaboração da proposta de intervenção 29
3.2 TIPO DE ESTUDO 29
3.2.2 Cenário da pesquisa 30
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 35
3.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão 36
3.4 COLETA DE DADOS 36
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 40
4 RESULTADOS 41
4.1 RESULTADOS DA RODA DE CONVERSA 41
4.2 RESULTADO DAS ENTREVISTAS 42
4.2.1 Caracterização dos participantes das entrevistas 42
4.2.2 Classes originadas das entrevistas 43
4.2.3 Classe 1 – Comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde 45
4.2.4 Classe 2 – O acesso da população aos serviços de saúde 49
4.2.5 Classe 3 - A integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto de Atendimento 54
4.2.6 Classe 4 – Funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento na rede de atenção à saúde 60

4.3 ELABORAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE US E UPA 63
4.3.1 Apresentação do primeiro modelo assistencial de integração entre US e UPA 63
4.3.2 Apresentação do segundo modelo assistencial de integração entre US e UPA 65
5 DISCUSSÃO 68
5.1 DISCUSSÃO DAS RODAS DE CONVERSA 68
5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS 69
5.2.1 Caracterização dos participantes 69
5.2.2 Discussão das classes das entrevistas 70
5.2.2.1 Classe 1: Comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde 70
5.2.2.2 Classe 2 - O acesso da população, sua relação com o processo de trabalho, vínculo e a organização dos serviços de saúde 74
5.2.2.3 Classe 3 – A integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento 79
5.2.2.4 Classe 4 – As funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento na rede de atenção à saúde 82
5.3 MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO ENTRE A US COM A UPA 87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 89
REFERÊNCIAS 91
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 100
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR 101
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICO E ENFERMEIRO 104
APENDICE 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 107

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde buscam respostas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde, contudo deve haver uma harmonia entre essas necessidades e a organização do sistema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2011). A fragmentação dos sistemas de saúde é visível pela falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Em relação aos usuários que utilizam o sistema, esta fragmentação aparece como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população.

No Brasil, o sistema de saúde está organizado nos níveis primário, secundário e terciário, que devem trabalhar de forma integrada e resolutiva para obter o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2012). Desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, que definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, iniciou-se um amplo trabalho de construir o Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivar os princípios da universalidade, integralidade e a equidade na atenção à saúde.

Dentre os princípios do SUS, destaca-se o princípio da integralidade da assistência, definido de acordo com Lei 8.080/1990 em seu Capítulo II, como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). O processo de construção do SUS passou por várias fases e apresentou muitas dificuldades, desde subfinanciamento do setor até as resistências à efetivação dos seus princípios, embora consagrados legalmente (MENICUCCI, 2009).

A saúde, reconhecida como direito de cidadania, foi inserida no conjunto de políticas sociais e econômicas com o intuito de assistir o cidadão e a sua família de forma mais abrangente (MACHADO et al., 2012). Neste sentido, a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, é um marco histórico, por afirmar a saúde como um direito fundamental sob responsabilidade dos governos, mediante medidas sanitárias e sociais (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Na busca de melhorar a integração entre os serviços e a integralidade do cuidado, foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são formas de

organização de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, descritas na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Contudo, a rede não é uma simples ligação de serviço entre os diferentes pontos de atenção, mas um ambiente em que os profissionais constroem juntos condições para operar os serviços de saúde, reconhecendo suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições e desníveis de mando (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Dentre os componentes da RAS, destaca-se nesta pesquisa a Atenção Primária à Saúde (APS)[1] e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Para Starfield (2004), a APS é um nível do sistema de serviço de saúde que fornece atenção sobre a pessoa, sem focar apenas na enfermidade, oferecendo acolhimento no sistema para todas as novas necessidades e problemas e fornece atenção para todas as condições. Nesta lógica, é a APS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. As UPA têm o papel de retaguarda às Unidades de Saúde (US) e aos hospitais, funcionando vinte e quatro horas por dia, atendendo os casos de baixa e média complexidade e estabilizando os casos agudos de alta complexidade (BRASIL, 2011).

Nesta forma de organização, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por toda a rede de atenção do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências (BRASIL, 2011). Todos esses recursos devem ser ofertados em tempo compatível com o risco à saúde, de maneira articulada e contínua pelo sistema de saúde, com vistas à integralidade do cuidado (SANTOS; ANDRADE, 2013).

No entanto, as dificuldades com os serviços e a rede assistencial são muitas e começam com uma APS ainda voltada para atendimentos programáticos, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, encaminhando-os para às unidades de urgência,

[1] Nessa pesquisa optou-se pelo termo Atenção Primária para padronizar a linguagem. O termo Atenção Básica é usado ao referenciar a Política Nacional de Atenção Básica.

onde recebem tratamento sintomático, com graves prejuízos à integralidade, o que acarreta na sobrecarga dos serviços de maior complexidade, em geral as hospitalares (KONDER, 2013). Os serviços de urgência e emergência de todo o país encontram-se superlotados, com demandas que misturam, no mesmo ambiente, usuários em real situação de urgência e emergência, e usuários com necessidades de atendimento de baixa complexidade, e isso tem interferido no processo de trabalho das equipes e na qualidade do cuidado prestado à população (RODRIGUES et al, 2014).

Esta forma de organizar o sistema de saúde nos atendimentos de urgência e emergência permite que o entendimento por parte da população e de muitos profissionais de saúde fique comprometido, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e as atribuições de cada equipamento no sistema de saúde. Assim, torna-se necessário ampliar a relação entre os serviços e a sua integração entre eles para que ofertem serviços com funções distintas e não concorrentes, e que possam ser complementares, viabilizando a integralidade do cuidado.

A construção desta pesquisa teve início na experiência profissional da pesquisadora, enquanto enfermeira com atuação na assistência da US e nos últimos três anos, na gestão dos serviços. Na experiência como enfermeira assistencial, a convivência com o desafio diário de fornecer o acesso aos usuários sempre que necessitavam, e ao mesmo tempo vendo os mesmos procurarem a UPA, sem o caráter de urgência e emergência, e sem o retorno deste atendimento para dar continuidade do cuidado na US.

A experiência vivenciada na gestão, no Departamento Atenção Primária à Saúde (DAPS), especificamente na coordenação de acesso e vínculo, que tem como uma das atribuições discutir com as equipes da APS o acesso, processo de trabalho e as relações com os demais equipamentos da rede de atenção à saúde, possibilitou a visão mais macro dos problemas e ao mesmo ampliou o conhecimento dos demais equipamentos que compõe a rede de atenção à saúde do município.

Neste momento, houve a aproximação com a discussão e preocupação com o impacto do aumento do número de atendimentos realizados na UPA, não caracterizados como urgência e emergência, e ao mesmo tempo, a APS focada no atendimento centrado em patologias e atendimentos específicos, com restrição de acesso aos demais usuários que não se enquadravam neste perfil. Neste contexto, percebeu-se a dificuldade da APS em se configurar como ordenadora da rede de

atenção à saúde, e de consolidar os atributos essenciais como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A partir das lacunas apontadas, surge a necessidade de aproveitar da melhor forma possível a estrutura existente, repensando um novo modelo assistencial, que resgate o papel da APS como ordenadora da rede de atenção à saúde. Diante destas reflexões e desafios apresentados, surge a questão norteadora desta pesquisa: como estruturar um modelo assistencial de integração entre as Unidades de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento, tendo a APS como ordenadora da Rede Urgência e Emergência?

Assim, este estudo considera como um problema, a fragmentação das redes de atenção à saúde e a dificuldade de efetivar a APS como a preferencial porta de entrada do sistema, com isso, há a necessidade de pensar em estratégias que contribuam na reorganização dos serviços, na ampliação do acesso e na integralidade do cuidado.

A ação de interligar os serviços na rede de atenção à saúde tendo a APS como ordenadora, ajuda nas ações intersetoriais, otimiza os recursos já existentes, amplia o acesso, estabelece maior vínculo entre usuários e os profissionais da US, e melhora a longitudinalidade do cuidado.

1.2 OBJETIVOS

- Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de modelo assistencial de intervenção com vistas à melhoria da integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Urgência e Emergência.

- Objetivos Específicos

- Identificar como os profissionais das Unidades de Saúde, das Unidades de Pronto Atendimento e os gestores definem as funções de cada equipamento que compõe a rede de atenção à saúde do município;

- Analisar os fluxos entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento na lógica da integração.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que sustenta esta pesquisa permitiu a elaboração dos seguintes subcapítulos: a integração como forma de organização os serviços e redes de atenção à saúde.

2.1 INTEGRAÇÃO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os primeiros escritos de organização dos serviços de saúde como sistema foram apresentados no “Relatório de Dawson” escrito em 1920, pelo médico britânico Bertrand Dawson o qual se contrapunha ao Relatório de Flexner em 1910. Este último caracterizado pela busca por excelência na formação profissional, na racionalidade cientifica, desconsiderou em sua proposta de reforma a organização dos serviços (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Na América Latina, em decorrência de resolução da XXII Conferência Sanitária Pan-americana em 1986, a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) e integrantes da Organização Mundial de saúde (OMS) elaboraram uma proposta de organização dos sistemas nacionais - Sistemas Locais de Saúde (Silos), com semelhanças a proposta de Dawson, que visava a regionalização e a hierarquização, com base em territórios definidos, a oferta integral nos três níveis e envolvimento das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde. (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

As ideias apresentadas por Dawson, segundo Rodrigues e Santos (2011), influenciam as formas de organizações atuais, tanto no âmbito privado quanto no público, pois se voltam para sistemas integrados, a partir de regiões de saúde delimitadas, onde devem ser organizadas ações dos diferentes níveis de complexidade que não são estanques e devem ser entendidos como um conjunto de ações e serviços de saúde. Segundo Kuschnir e Chorny (2010), Dawson formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes.

Nos Estados Unidos, os sistemas integrados de saúde são diferenciados, abdicam da regionalização, pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes

sociais, próprias do Estado (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). O Canadá, segundo Mendes (2011), a partir de um diagnóstico de fragmentação da atenção à saúde, organiza a rede em forma de sistemas integrados, por meio de definição de população, pagamento por captação, instituição de médicos de família como porta de entrada e planejamento a partir das necessidades da população.

Já no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em três pontos importantes para a constituição em rede, ele é único, descentralizado e possui o princípio da integralidade da assistência (BRASIL, 2011). Sem uma rede de serviços de saúde, não será possível garantir a integralidade do cuidado, entendendo que em nenhum ponto de atenção desta rede é possível fazer da vacina ao transplante (SANTOS; ANDRADE, 2013). A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Para Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais e são organizados para atender às necessidades da população. Para isto devem ser articulados e considerar as situações demográficas e epidemiológicas de seus territórios. O mesmo autor salienta que os sistemas fragmentados, hegemônicos se organizam em pontos de atenção de forma isolada, com lacunas na comunicação e que por consequência são incapazes de prestar uma atenção continua e integral à população.

Segundo Mattos (2001), as noções de integralidade são muitas, considerando as discussões do SUS. Para o autor a integralidade pode ter sentido vertical com a busca do cuidado integral ao usuário em todas as necessidades de saúde, seria a visão holística a ser buscada em cada atendimento feito nos diferentes níveis do sistema. O segundo sentido é a integralidade horizontal que exige uma sequência de pontos de atenção à saúde com padrões tecnológicos próprios e articulados com um objetivo comum que é o cuidado integral. Em terceiro lugar vem a integralidade construída entre as diferentes políticas públicas, com a saúde sendo um produto das políticas integradas tanto no campo da macropolítica como da micropolítica. Cecílio e Merhy (2003), entendem a integralidade como atenção integral, com uso de todas as tecnologias possíveis, por meio do trabalho de equipe multiprofissional inserida na rede do sistema de saúde, explicando que para se obter a integralidade do cuidado o indivíduo precisa transversalizar todo o sistema.

Segundo o Decreto n°7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n°8080/90, a integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. “A integralidade de atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde” (STARFIELD, 2004, p. 316).

No Brasil, muitos foram os avanços a partir da legalização do SUS, mas não foram suficientes para superar os desafios da fragmentação das ações e serviços de saúde ofertados para a população. Há anos, tenta-se organizar os serviços de saúde em redes, uma vez comprovado o esgotamento de modelos burocráticos, estáticos e compartimentados que não são capazes de garantir a saúde como direito, operando na maioria das vezes com desperdício de tempo e recursos como consequência da dificuldade na expansão dos serviços e no acesso da população a esses serviços (SANTOS; ANDRADE, 2013).

O debate sobre a integração dos serviços entre os entes federativos adquiriu maior ênfase a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, que contempla acordo entre os gestores do SUS e ressalta a importância da regionalização e de organização do sistema em forma de rede, composto por: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2010). Considerado inovador, e capaz de fortalecer a gestão descentralizada, o Pacto pela Saúde redefiniu responsabilidades e estabeleceu o compromisso com os resultados sanitários a serem atingidos no âmbito setorial, propondo a formalização de acordos intergovernamentais na gestão e na atenção à saúde. (LIMA; QUEIROZ, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde das pessoas. A PNAB considera a atenção básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada da rede assistencial, constituindo-se por equipes multiprofissionais e tendo como atribuições na organização da rede de atenção à saúde ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes.

O tema sobre as redes de atenção está na agenda de debates do setor saúde, é considerado complexo e envolve muitos elementos. Na área da saúde,

podem-se identificar muitos componentes de uma rede, como as ações desenvolvidas, os serviços, as políticas que a orientam, os recursos humanos que executam as ações. Tais pontos quando considerados isolados não constitui uma rede, ela só existe de fato quando ocorre interligação entre os pontos por meio de sistemas de informação, comunicação e logística (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-os de forma dinâmica para que os diferentes níveis de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário (SILVA; JUNIOR, 2013).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por objetivos comuns de forma cooperativa e autônoma, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010). A RAS ordenada pela APS tende a ser mais resolutiva quando os princípios e diretrizes como acesso, coordenação e longitudinalidade são efetivos, e quando incorporados contribuem fortemente para que as ações estejam em consonância com os problemas e necessidades dos usuários daquele território (BRASIL, 2014).

A estrutura operacional da RAS proposta é composta com cinco elementos: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Para Silva (2013), há cinco requisitos para implantação da RAS: definição de território e população – não sendo uma mera divisão geográfica e sim um espaço de interação de sujeitos sociais; realização de diagnóstico situacional – de forma participativa expresse as diferentes dimensões de interpretações da realidade; construção de uma situação desejada para os serviços da APS e demais níveis de atenção – construção de uma rede idealizada, com a construção de linha de comunicação e definição de responsabilidade; criação de sistemas logísticos de suporte- usuário precisa ser identificado no território e demais pontos da rede para garantir a continuidade do cuidado; criação de sistemas de regulação e governança para o funcionamento da rede – monitoramento e avaliação. Segundo o mesmo

autor, na configuração das RAS se considera a economia de escala e de escopo, implementação de linhas de cuidado, redes temáticas e implementação de apoio matricial.

O Ministério da Saúde (MS), desde 2011, vem trabalhando com a ideia de Redes Temáticas, que são consideradas intermediarias entre a linha de cuidado e as redes de atenção geral (BRASIL, 2014). Após pactuação da comissão tripartite, em 2011, priorizou as seguintes redes: rede cegonha, rede de atenção às urgências e emergências – saúde toda hora, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às doenças e condições crônicas e rede de cuidado à pessoa com deficiência física (CARVALHO; MEDEIROS, 2013).

Para reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), o MS aprova a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011. A RUE tem como finalidade a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, para promover um acesso humanizado, integral e ágil aos usuários em situação de urgência e emergência.

A RUE é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Neste sentido, esta pesquisa teve como proposta estudar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, mais especificamente os dois pontos de atenção: Atenção Primária à Saúde (APS) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), apresentados a seguir:

2.2.1 Atenção Primária à Saúde

Como componente da RUE, a APS é considerada uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, com enfoque ao atendimento às pessoas (STARFIELD, 2004). A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo

serviços de prevenção, cura e reabilitação, ela organiza e racionaliza os recursos, tanto básico como especializado (STARFIELD, 2004).

Caracteriza-se principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Desta forma, definem-se os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. Além dos atributos derivados, qualificam as ações em atenção primária à saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural (HARZHEIM et al*.,* 2006).

Exemplos internacionais envolvendo a APS, como o sistema de saúde britânico organizados em regiões sanitárias, que estabelece contratos de gestão tanto com o Ministério da Saúde quanto com os prestadores de serviços das regiões, e tem forte distinção do papel exercido pela a APS e pela atenção hospitalar. Desta forma, similar, o sistema de saúde da Espanha é público, de acesso universal, com regiões sanitárias que são responsáveis por todas as ações e serviços de saúde em seu território, de um modo geral organizado em atenção primaria e secundária. Na França, a prestação de serviços é altamente centrada nos hospitais ou dispensários (centro de saúde), os quais atendem os segurados, os médicos generalistas não desempenham, em geral, papel de orientação e direcionamento dos usuários, os quais têm acesso facilitado aos especialistas (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

No Brasil, a partir da 8° Conferência Nacional de Saúde, trouxe a APS como centro de reorganização do serviço de saúde brasileiro numa perspectiva sistêmica, abrangente e universal (CASTRO; FAUSTO, 2012). O Ministério da Saúde, em 1994, implanta o Programa Saúde da Família (PSF), pois não viam no modelo tradicional de Atenção Básica (AB) uma saída que superasse as dificuldades relacionadas ao acesso dos usuários aos serviços e que fosse possível à construção de saúde como direito (MELO, 2012). Segundo Cecílio (2012), o PSF, que depois se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), obteve fortes impactos positivos para a população das regiões mais pobres do país, sendo recebida por parte dos setores do movimento sanitário como a oportunidade de mudar a lógica do modelo vigente, centrado no médico.

O surgimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi resultado de vários atores sociais, que historicamente atuam na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta a APS como sendo o contato preferencial do usuário, sendo considerada a porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde e orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Dentre as políticas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária por ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade. Tem como proposta de integração e melhora do acesso da população aos serviços de saúde, sendo formada por equipes multiprofissionais generalistas, cada equipe é responsável por no máximo quatro mil pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas (BRASIL, 2012).

Além disso, tem como fundamentos e diretrizes a adscrição de território, acesso universal e continuo a serviços de saúde, adscrever os usuários e desenvolver relação de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população, coordenar a integralidade em diferentes aspectos e estimular a participação dos usuários para ampliar a sua autonomia (BRASIL, 2012).

Mesmo com tantos avanços no SUS, ainda um dos grandes desafios é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção integrados, capazes de assegurar a linha de cuidado integral e articulado, atendendo as necessidades dos usuários. Existem fragilidades para efetivar a APS no Brasil, como exemplos, a manutenção da visão vertical em relação aos programas e protocolos tendo como consequência segmentação da prática clínica, o modelo rígido e fragmentado, formas muito variadas de contratação de profissionais, que não promove a fixação dos mesmos, comprometendo desta forma o fortalecimento do vínculo e a longitudinalidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

2.2.2 Unidade de Pronto Atendimento

O segundo ponto de atenção da RUE abordado será a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As UPA realizam atendimento 24 horas, e são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, nível secundário, entre a APS e a Rede Hospitalar. As UPA e o conjunto de Serviços de Urgência não hospitalares necessitam prestar atendimento resolutivo e qualificado aos casos agudos, ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando, realizando investigação diagnóstica inicial e encaminhando para serviços hospitalares de maior complexidade, quando necessário (BRASIL, 2011).

Com a crescente demanda nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência e transformado em um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). As assistências às urgências e emergências acontecem predominantemente nas UPA, estes serviços funcionam como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo casos com quadros percebidos como urgências, pacientes encaminhados pela atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2002).

Segundo Cordeiro Junior (2016), a Portaria nº 2048 de 2002, que iniciou a regulamentação dos serviços de urgências, tentou fixar um modelo para organização de unidade de atendimento não-hospitalar, com a tentativa de ordenação baseada na demanda e capacidade, constatando que as primeiras UPA foram pensadas para a regulação. O autor afirma que foi um equívoco, pois até hoje tem induzido problemas de difícil solução como a desresponsabilização dos hospitais para os casos graves, custos desnecessários e ainda relata que o acesso na APS influencia na organização do sistema.

Os serviços de urgência e emergência, quando bem articulados na rede de atenção à saúde, fortalecem a ação da APS e o estabelecimento de fluxos e contra fluxos, organiza o itinerário do usuário, proporcionando acesso e garantia de cuidados contínuos (ERDMANN, *et al*. 2013). Mas segundo o autor, falta de clareza quanto ao tipo de serviço prestado nos pontos de atenção do nível secundário, principalmente no que se refere às UPA, destaca a indefinição dos limites de acesso à UPA e a incompreensão da população em relação à função e aos serviços da atenção secundária, em contrapartida, os autores relatam que os serviços bem

estruturados e organizados diminuem a demanda na emergência hospitalar e facilitam o encaminhamento para a atenção terciária.

A utilização dos serviços de urgência pelo usuário é uma questão que gera polêmica, pois é difícil falar para o usuário que não procure o atendimento na UPA se não for grave, considerando os poucos recursos ofertados na rede de atenção à saúde (ABREU et al, 2012). Os autores apontam que, as percepções dos usuários sobre urgência são variadas e se encontram vinculadas aos problemas e necessidades de saúde que imprimem risco à vida, que precisam de atendimento imediato, entretanto, essas percepções nem sempre correspondem às alterações biológicas consideradas urgentes pelos critérios biomédicos.

Em outro estudo, realizado com usuários da UPA no estado de São Paulo em 2010, identificou-se que a procura pela UPA se dá também pelo acesso facilitado com atendimento imediato, sendo a faixa etária produtiva que mais procura este tipo de assistência, pois não conseguem ser atendidos na APS, não fazem acompanhamento de saúde e quando fazem estão vinculados ao serviço terciário (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010).

Revisão integrativa realizada em 2013, sobre as características de usuários que frequentemente procuram a UPA, sinaliza a falta de acesso na APS, a facilidade de acesso na UPA mesmo com o tempo de espera ser longo para os casos menos graves, a estigmatização por parte dos profissionais em relação a estes usuários, e relata a importância da comunicação entre os pontos de atenção, principalmente para os casos crônicos (ACOSTA; LIMA, 2010).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo discorre sobre os componentes metodológicos observados no desenvolvimento da pesquisa. Inicialmente são apresentadas suas três etapas: a aproximação com o campo de pesquisa, pelas duas rodas de conversa realizadas na UPA; a etapa principal da coleta de dados, referente às entrevistas com os profissionais de saúde e gestores; e por último, a elaboração da proposta de intervenção, o Modelo Assistencial de Integração entre US e UPA. A seguir são abordados os seguintes subcapítulos: cenário da pesquisa; participantes da pesquisa; critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados; processamento e análise dos dados; e, aspectos éticos.

3.1 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa compôs-se das seguintes etapas: etapa de aproximação com o campo de pesquisa; coleta de dados principal; elaboração do modelo assistencial de integração entre as unidades de saúde e a unidade de pronto atendimento.

A etapa de elaboração do modelo assistencial de integração utilizou dados da coleta da aproximação com o campo de pesquisa, da coleta principal de dados e de documentos públicos para sua sustentação e por isso não está apresentada com os mesmos critérios.

3.1.1 Etapa prévia: aproximação com o campo de pesquisa

Este momento de aproximação com o campo de pesquisa foi planejado a partir da disciplina "Vivências na Prática Assistencial". Em sua ementa constavam os modelos e metodologias aplicadas à prática profissional de enfermagem, e a disciplina tinha como um dos objetivos desenvolver a prática de cuidar sustentada em referenciais da enfermagem ou de outras ciências. Os professores orientaram que a proposta estivesse relacionada com a pesquisa em andamento. Neste sentido, buscou-se compreender a percepção dos usuários em relação às atribuições da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e da Unidade Básica de Saúde (UBS) .

Este momento de aproximação com o campo, mesmo considerado uma etapa prévia à pesquisa, trouxe contribuições para o reconhecimento situacional e

facilitou o planejamento e concretização das etapas seguintes, inclusive com subsídios à análise dos fluxos entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento. Por estes motivos, esta etapa prévia tornou-se relevante e está apresentada detalhadamente, junto às demais etapas desenvolvidas na pesquisa, nos capítulos dos resultados e discussão.

3.1.2 Etapa principal da coleta de dados

Esta etapa da pesquisa permitiu identificar como os profissionais das unidades de saúde, das unidades de pronto atendimento e os gestores definem as funções de cada equipamento que compõe a rede de atenção à saúde do município, e contribuiu para analisar os fluxos entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento na lógica da integração.

3.1.3 Elaboração da proposta de intervenção

Esta etapa dependeu das coletas de dados anteriores e apresenta uma proposta de intervenção que finaliza a pesquisa, pois sua realização permitiu elaborar um modelo assistencial de intervenção com vistas à melhoria da integração entre a US e a UPA.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa de abordagem qualitativa que visa a análise e interpretação de aspectos que envolvem a complexidade do comportamento humano de forma contextualizada, utilizando a coleta e a análise de dados detalhada sobre investigação, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A pesquisa descritiva tem como objetivo relatar as características de uma população específica, podendo caracterizar um grupo. Além disso, tem a finalidade de identificar as relações entre as variáveis, inclui o grupo que busca levantar opiniões, atitudes, crenças e pode se aproximar da pesquisa exploratória ou explicativa, dependendo do foco proposto (GIL, 2010).

A pesquisa exploratória visa investigar mais detalhadamente o problema, de forma mais explícita ou elaborar hipóteses. Desta forma, a coleta de dados poderá ocorrer de várias maneiras (GIL, 2010).

Esta pesquisa integra um projeto que envolve outros pesquisadores e que se intitula “Integração de serviços e informações na rede de urgência e emergência”, que objetiva avaliar a integração entre os serviços de saúde e as informações relacionadas à Rede de Urgência e Emergência no município de Curitiba-PR, desenvolvida por membros do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), na linha de pesquisa gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem.

3.2.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba-PR, capital do Sul do Brasil que atualmente consta com população de 1.751.907 habitantes (CURITIBA, 2015).

Em 1963, o município de Curitiba iniciou a atuação em saúde pública, inaugurando as primeiras Unidades de Saúde do município. Em 1979, a Prefeitura de Curitiba criou o Departamento de Desenvolvimento Social, focando seus esforços na Atenção Primária à Saúde. Na década de 1980, iniciou-se a implantação de Unidades com delimitação de territórios e o modelo de atenção enfatizava a educação em saúde, atendimento programado, imunização e participação comunitária (CURITIBA, 2015).

No final da década de 1980 foi implantado um Serviço de Atendimento Pré-hospitalar voltado ao atendimento de vítimas de traumas e limitado à cidade de Curitiba, assinatura do convênio de implantação do serviço integrado de atendimento ao trauma e emergências (SIATE). Três anos depois, com o movimento de descentralização, a SMS implantou sete Núcleos Regionais de Saúde, e iniciou a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). No ano de 1993, a rede municipal de saúde estava organizada com 85 Unidades de Saúde, sendo cinco delas com atendimento 24 Horas. No ano de 2000, a rede era composta por 104 US e destas, 90 com clínicas odontológicas, 37 PSF e 11 com especialidades (CURITIBA, 2015).

Em agosto de 2004 foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, para emergências clínicas. Em 2006 foram inauguradas as US

24 horas Pinheirinho, a US Mãe Curitibana e iniciadas as construções dos Centros Municipais de Urgência Médica (CMUM) nos Distritos do CIC e Cajuru. Em seguida, o atendimento de urgência e emergência foi organizado como Sistema de Urgência e Emergência de Curitiba abrangendo unidades móveis do SAMU E SIATE, Central de Regulação e as antigas Unidades 24 Horas que se transformaram em unidades pré-hospitalares denominadas CMUM. Os CMUM buscam mudar o papel de unidades de atendimento de demanda espontânea para pontos de atenção voltados prioritariamente para casos de urgência/emergência, como a retaguarda para 90% dos atendimentos efetuados pelo SAMU (CURITIBA, 2015).

A cidade de Curitiba está organizada em dez Distritos Sanitários (DS), nos quais estão inseridas 109 Unidades de Saúde (US), sendo 44 Unidades de Saúde tradicionais, 65 Unidades com Estratégias de Saúde da Família, 9 Unidades de Pronto Atendimentos (UPA), 8 clínicas especializadas, 10 Centros de Atendimentos Psicossocial (CAPS), 2 Hospitais Municipais e 1 Laboratório Municipal (CURITIBA, 2015).

Desde o início de 2013, o organograma da SMS está em revisão e a estrutura elaborada foi pactuada internamente e encaminhada para o Instituto Municipal de Administração Pública, porém ainda está em processo de incorporação na Prefeitura Municipal de Curitiba (CURITIBA, 2014).

A SMS de Curitiba é composta pelo Conselho Municipal de Saúde e três Superintendências: a Executiva, a de Gestão da Atenção à Saúde e a de Vigilância Epidemiológica. A primeira possui as Diretorias de Planejamento, Administrativa e de Recursos Humanos. A segunda, as Diretorias de Redes de Atenção à Saúde, Saúde Mental, Urgência e Emergência, Centro de Controle, Avaliação e Auditoria, Gestão do trabalho em Saúde (DGTS) e o Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). A terceira, composta pela Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental e a Vigilância Epidemiológica. A SMS também possui a Assessoria de Gestão – Apoio Institucional e a Assessoria de Imprensa (CURITIBA, 2014)

O DAPS foi criado em 2013 e coordena a Atenção Primária do município por meio de cinco coordenações (CURITIBA, 2014): Acesso e Vínculo, que tem atribuições de promover o diálogo com as equipes sobre o processo de trabalho para ampliar o acesso da população e vínculo às US, participar do planejamento da ampliação da ES, fazer interface com a UPA; Carteira de Serviços, que realiza o monitoramento dos serviços oferecidos na Atenção Primária e tem a

responsabilidade de avaliar a necessidade de capacitação e equipamentos/tecnologias a fim de aumentar a oferta dos serviços; Cuidado, que entre as atribuições estão a de avaliar a necessidade de serviços secundários e terciários, monitorar encaminhamentos e solicitações de exames, ações relacionadas ao NASF, avaliação e controle de grupos especiais, entre outras; Apoio, Logística, Estrutura e Recursos Humanos das Unidades Básicas de Saúde, considerada uma coordenação meio realiza o monitoramento da situação da estrutura física das US, monitoramento de estoques de insumos, medicamentos e materiais, ações que melhorem a ambiência e de dimensionamento de pessoal; Informação, Avaliação e Estímulo para Qualidade, responsável pela criação, seleção, pactuação, monitoramento de indicadores do processo de trabalho, acompanhamento dos repasses financeiros às equipes. Ações relacionadas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ), Sistema de Informação da Atenção Básica (SISPRENATAL) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Os Distritos Sanitários (DS) possuem a Coordenação da Gestão em Saúde, da Atenção em Saúde e da Vigilância em Saúde e tem como objetivo organizar as ações e serviços de um determinado território de forma alinhada à política municipal de saúde. Já a US, é gerenciada por um Coordenador Local, que tem a responsabilidade organizar as ações e serviços da área de abrangência da US e liderar a sua equipe de trabalho.

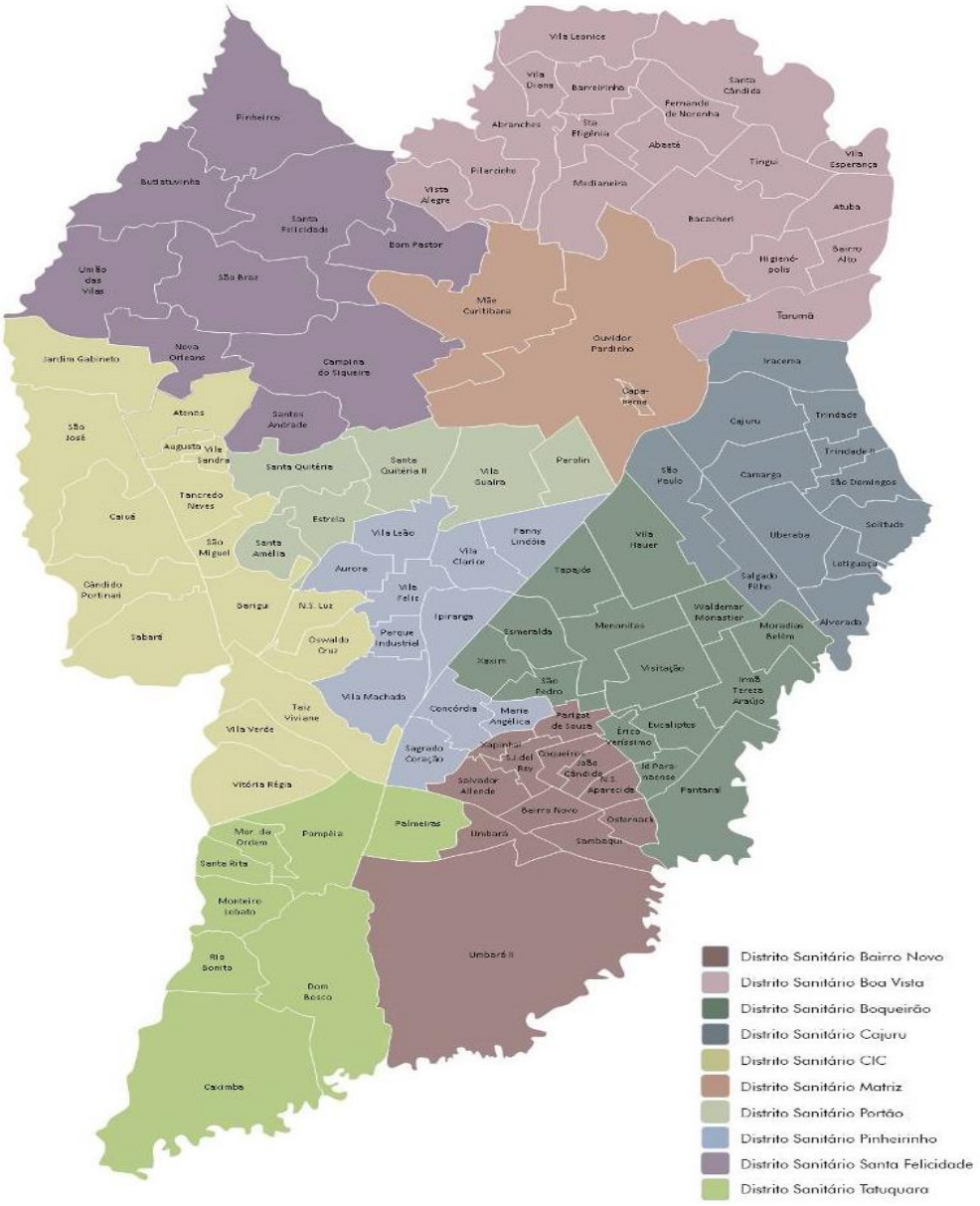
Na APS de Curitiba existem dois modelos de Unidades de Saúde: as Unidades de Saúde da Família e as Unidades de Saúde tradicionais. Nas US com ESF os profissionais são generalistas, cada equipe atende uma determinada área de abrangência definida dentro do território da US, já nas US tradicionais os profissionais médicos atendem a população por segmento de acordo com a sua especialidade em pediatria, clínica médica ou ginecologia/obstetrícia e os demais profissionais são generalistas. Atualmente, o município possui 241 equipes de ESF o que corresponde a cobertura de 52% da população.

O Departamento de Urgência e Emergência (DUE) foi criado em 2013, e conta com o diretor, o assessor da diretoria, uma coordenação de leitos, uma coordenação de regulação 192 e SAMU, e mais um profissional administrativo. Após a criação do DUE, iniciou-se o processo de descentralização da gestão da

UPA para o Distrito Sanitário. Nesta proposta, o DUE tem a função de regular os pacientes internados, organizar junto com o DS o processo de trabalho, já que cabe somente ao DS a gestão de pessoas da UPA.

O apoio ao atendimento de Urgência e Emergência do município está organizado com 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais, uma UPA em construção, Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (SAMU e SIATE) e a Regulação de leitos hospitalares. Serve de referência para os moradores de Curitiba e atende também pessoas de outros municípios da Região Metropolitana. As UPA municipais funcionam sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e os profissionais de saúde são contratados diretamente pela Prefeitura Municipal de Curitiba, exceto o corpo de profissionais médicos que é contratado pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAS). Todos os insumos e medicamentos necessários para o funcionamento das UPA são comprados pela SMS (CURITIBA, 2015)

FIGURA 1 - DIVISÃO DISTRITAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

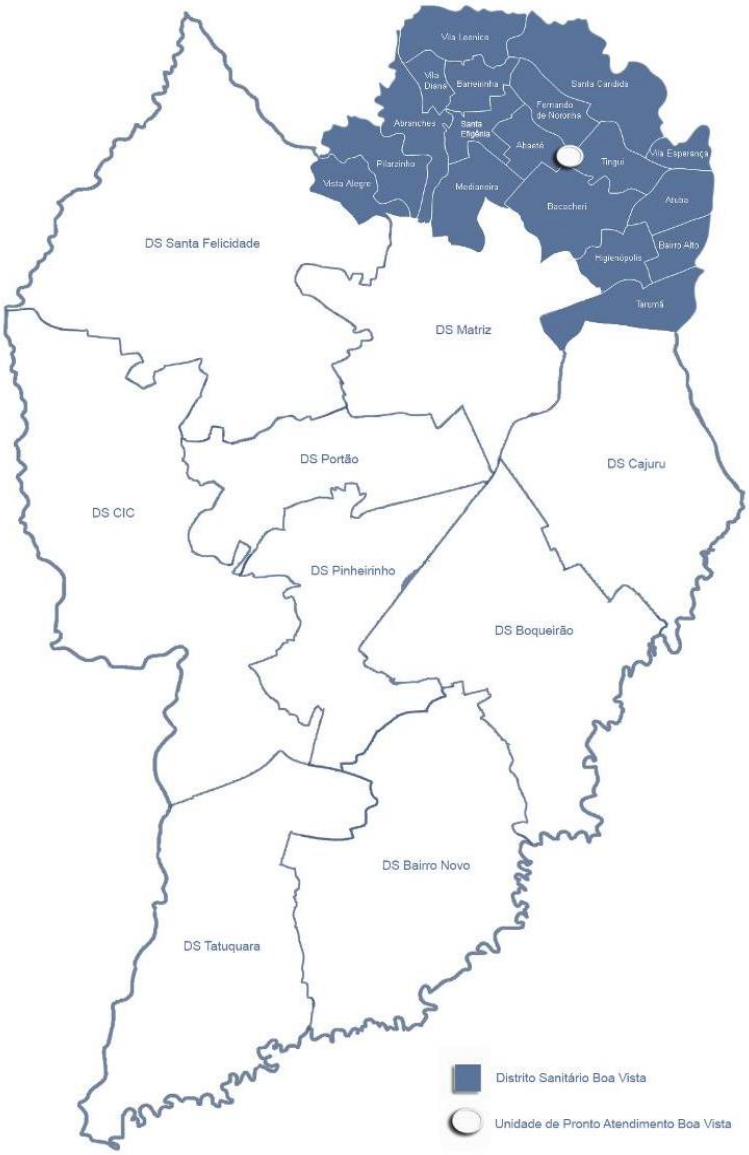


FONTE: CURITIBA (2016)

O Distrito Sanitário escolhido para esta pesquisa foi o Distrito Sanitário Boa Vista com população de 248.698 habitantes, localizado na região norte do município, composto por doze bairros: Tarumã, Pilarzinho, Boa Vista, Bacacheri, Bairro Alto, Taboão, Abranches, Cachoeira, Barreirinha, Santa Cândida, Tingui e Atuba. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Pronto Atendimento Boa Vista e com as 18 Unidades de Saúde, sendo quatro US com ESF e as demais tradicionais. O DS Boa Vista foi escolhido como campo de pesquisa porque realiza o maior número de

atendimentos/dia do município na UPA, a partir de dados obtidos do Relatório de Gestão do segundo quadrimestre de 2014 (CURITIBA, 2014).

FIGURA 2 - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA



FONTE: CURITIBA (2016)

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na etapa prévia da pesquisa, denominada de aproximação com o campo, participaram 17 usuários dos serviços de saúde. Destes, 12 tinham cadastro definitivo no município de Curitiba e 05 residiam em municípios da região metropolitana.

Na etapa principal de coleta de dados, os 49 participantes desta pesquisa

foram 28 profissionais de saúde, dos quais 12 eram médicos e 16 enfermeiros que atuavam na UPA ou nas US do Distrito Boa Vista, e 21 gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do DS Boa Vista.

3.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Na etapa de aproximação com o campo, os critérios de inclusão foram: usuários dos serviços de saúde maiores de 18 anos, que aguardavam atendimento na sala de espera da UPA Boa Vista e que aceitaram participar da roda de conversa proposta.

Na etapa principal de coleta de dados, como critério de inclusão dos participantes desta pesquisa, optou-se por: médico ou enfermeiro que atuasse na UPA Boa Vista e nas US, e gestor da Secretaria Municipal de Curitiba do Departamento de Atenção Primária à Saúde, Diretoria de Urgência e Emergência ou do DS Boa Vista. Os critérios de exclusão foram: os médicos, enfermeiros e gestores afastados de suas atividades por motivo de férias, licença prêmio ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

3.4 COLETA DE DADOS

Na etapa de aproximação da coleta de dados foram realizadas duas rodas de conversa, no outubro de mês de outubro de 2014, na sala de espera da UPA Boa Vista no município de Curitiba – Paraná, com os usuários enquanto aguardavam o atendimento.

A roda de conversa é uma técnica de coleta de dados, pois são consideradas espaços de diálogo que promovem a interação ensino, podem ser cenários de prática e comunidade, pois estimula a curiosidade dos atores envolvidos pela busca do conhecimento e exerce o planejamento das ações, sempre de acordo com as necessidades locais (PARAVISI et al.,2015). Os usuários foram convidados a participar, em seguida foi apresentado o tema para o grupo, realizado a escuta e discutidas possibilidades para os problemas levantados. Os questionamentos elaborados para mediar o diálogo foram: quais as justificativas para a busca de atendimento na UPA; como se compreende as atribuições da UPA e da UBS.

O primeiro encontro foi realizado no período inicial da manhã com um total de nove usuários dos serviços de saúde, sendo oito deles com cadastro definitivo em Curitiba e um residente da região metropolitana. O segundo encontro foi realizado no final da manhã com a participação de oito usuários, sendo quatro moradores da região metropolitana e quatro de Curitiba. Além da pesquisadora, as rodas de conversa contaram com o apoio de duas observadoras que registraram suas observações e as falas dos participantes por escrito.

A coleta de dados da etapa principal foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, no local e horário de trabalho dos participantes mediante agendamento telefônico prévio. Os participantes foram informados que se tratava de uma pesquisa, dos objetivos e do procedimento de coleta de dados, e incluídos após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2,3).

Foram realizadas 49 entrevistas em um espaço reservado e definido pelo próprio entrevistado, com duração entre seis e 20 minutos, gravadas e transcritas pelo próprio pesquisador. Para alcançar os objetivos, as perguntas foram relacionadas às atribuições da US e da UPA, às características que as distinguem, à percepção do participante quanto à integração entre a UPA e a US, sobre as facilidades e dificuldades para que ocorra esta integração, e quais os motivos que levam o usuário a procurar atendimento em um destes equipamentos (APÊNDICE 1). Foram realizadas notas de campo pelo entrevistador, que subsidiaram a discussão.

A coleta foi realizada em todas as US do DS Boa Vista, sendo que 21 (42,8%) participantes foram gestores, dos quais um era o diretor do DAPS, dois do DUE, a coordenação de atenção á saúde do DS e 17 gestores das US, 16 (32,6%) enfermeiros e 12 (24,4%) médicos. Uma das gestoras locais não foi entrevistada por não estar presente no dia agendado. Quanto aos enfermeiros, um estava afastado por motivo de saúde e outra US não tinha enfermeiro lotado. Em relação aos médicos, dois não aceitaram participar e quatro não foram entrevistados devido à demanda do serviço no horário da entrevista.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A etapa prévia da pesquisa teve o processamento e análise dos dados realizados a partir dos registros das rodas de conversa transcritos pelas observadoras e sistematizados pela pesquisadora, que conduziu a análise dos dados norteada pelos temas identificados.

Este subcapítulo contém mais detalhadamente a descrição do processamento e análise dos dados coletados nas entrevistas com os profissionais de saúde e os gestores. Para o processamento e análise dos dados coletados na etapa principal após a transcrição das entrevistas foi realizada a formatação do corpus, que contém todas as entrevistas denominadas textos emi um único arquivo de texto no software OpenOffice.org e salvo no tipo texto.txt, separados por linhas de comando de acordo com as duas variáveis da pesquisa: número dado a cada entrevistado, especificação do cargo – enfermeiro, médico e gestor (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para processar os dados e apoiar a análise da pesquisa qualitativa, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Este programa informático é de código aberto e ancorado no *software R*, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros. Foi desenvolvido, em 2009, por Pierre Ratinaud na língua francesa, mas atualmente possui dicionários em várias outras línguas. No Brasil, o seu uso iniciou-se em 2013 e permite análises precisas, conferindo-lhe utilidade para a pesquisa qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2013b). Embora ele inicialmente tenha sido utilizado predominantemente na área de representações sociais, atualmente outras áreas do conhecimento também se apropriaram da ferramenta para o processamento de dados (VIANA et al., 2013, LOWEN, 2014).

O *software IRAMUTEQ* permite vários tipos de análises: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras. O método CHD proposto por Reinert, em 1990, é utilizado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) (REINERT, 1990); no entanto, o IRAMUTEQ inclui outras formas de análise que não são realizadas pelo ALCESTE. Quando se quantifica e emprega cálculos estatísticos em variáveis qualitativas que são os textos, se supera a dicotomia entre a análise quantitativa e qualitativa (LAHLOU, 1994).

A CHD classifica “os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas”. As Unidades de Contexto Inicial (UCI) ou textos foram construídos com base em cada entrevista. As Unidades de Contexto Elementar (UCE) ou segmentos de texto obtidos a partir das UCI “apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p 516). Segundo Lahlou (1994), três etapas são percorridas para realizar a CHD: preparação e codificação do texto inicial, a classificação hierárquica descendente e a interpretação das classes. A partir do corpus, os segmentos de texto apresentados em cada classe que se obtém a partir das palavras estatisticamente significativas permitem a análise qualitativa dos dados.

A partir do *corpus*, procedeu-se a análise textual utilizada para textos escritos originados a partir de entrevistas, documentos, entre outros (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

As linhas de comando e as variáveis, previamente organizadas para que o software procedesse ao processamento dos dados e contendo asteriscos foram: **** *n_01, conforme o número do entrevistado, *gest_1, gestor, *enf_1, enfermeiro assistencial, *med_1, médico assistencial. Destaca-se que esse processamento no *software* IRAMUTEQ teve a duração de 37 segundos, o que é uma vantagem significativa nessa etapa em relação a outras formas de processamento de dados qualitativos.

Nessa pesquisa, optou-se por selecionar as palavras na CHD pela sua frequência e pelos valores de qui-quadrado igual ou superior a 3.84 (CAMARGO et al., 2014) com aproveitamento de 84,69%. Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe; portanto, quanto mais alto o seu valor, maior é a associação. Todas as palavras selecionadas tinham um $p<0,001$ indicando uma associação significativa.

Para a análise foram incluídos os segmentos de texto associados a cada classe, o que permite obter “o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p 516).

Ressalta-se que os cálculos estatísticos a partir dos textos não fazem parte do *software* um método, como também não faz a análise dos dados, mas é uma ferramenta para explorar os dados. Sua utilização facilita o processamento de textos

longos e numerosos. No entanto, não se pode subestimar o papel fundamental do pesquisador na análise dos dados, pois a interpretação cabe a quem os analisa (CAMARGO; JUSTO, 2013b; LAHLOU, 2012; CHARTIER; MEUNIER, 2011).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e ao Comitê da Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, atendendo à Resolução nº 466, de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, e assegura o caráter anônimo dos participantes e o sigilo de suas identidades, por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2; APÊNDICE 3) e foi aprovado sob nº CAE 33867114.0.0000.0102.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados das três etapas da pesquisa: aproximação com o campo da pesquisa, representados pelos achados nas duas rodas de conversa; etapa principal da coleta de dados da pesquisa, referente aos resultados das entrevistas com os profissionais de saúde e gestores; e por último, a apresentação da elaboração do Modelo Assistencial de Integração entre US e UPA.

4.1 RESULTADOS DA RODA DE CONVERSA

Os resultados apresentados derivam da sistematização dos registros por escrito das duas rodas de conversas realizadas com usuários dos serviços de saúde que aguardam atendimento na UPA Boa Vista. A análise dos registros permitiu distinguir duas categorias empíricas: dificuldade de acesso à US e compreensões sobre as atribuições da US e UPA.

Um dos problemas apontados pelos usuários que justifica a procura da UPA é a dificuldade e acesso ao atendimento de saúde e de acesso geográfico à UBS, conforme as expressões a seguir:

“Terminou a oferta, tem um número X de consultas no dia na UBS”.

“São 10 consultas dia, precisa marcar hora para ser atendido”.

“Na UBS preciso chegar às 5 horas da manhã, sou menor de idade e não posso ir sozinha, a minha mãe sai cedo para trabalhar, me sinto mais segura no horário da UPA”.

“Eu sou idosa, e o acesso a UBS é difícil devido ser uma região montanhosa, não tem ônibus, difícil acesso, muitas pessoas não conseguem chegar”.

Estes usuários procuram a UPA pelas restrições para conseguir atendimento na APS:

“Não importa esperar na UPA, mas aqui eu sou atendida”.

“A UBS não deveria ter limite de vaga”.

Sobre as compreensões das atribuições da UPA e da UBS, o que se verifica nas falas dos participantes da roda, que não há uma clareza sobre as atribuições da UPA e da UBS, mas identificam a APS como ordenadora do cuidado, no que se refere ao atendimento especialista:

“Na UPA não tem demora, mas não encaminha para o especialista ou exame”.

“Se tivesse mais profissionais na UBS seria melhor ser atendido lá, pois já encaminha para especialista”.

“Não percebo diferença entre a UPA e a UBS, mas lá (na US) encaminha para a especialidade”.

“A UPA e a UBS são iguais”.

4.2 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

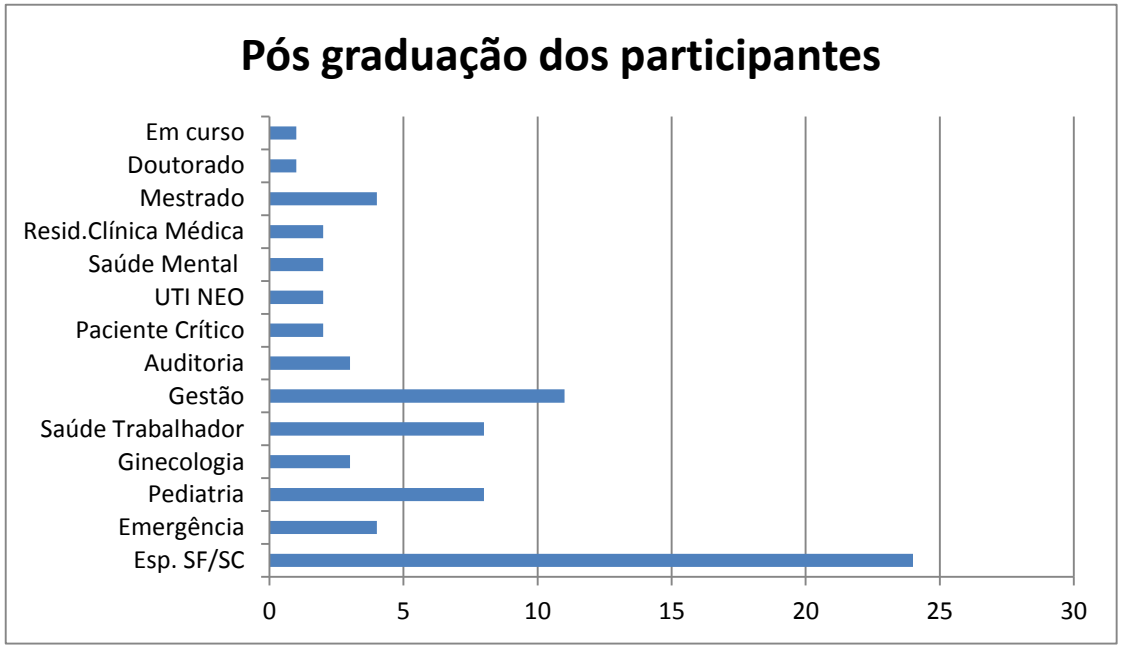
Primeiramente, são apresentadas as caracterizações dos participantes enfermeiros, médicos e gestores. Em seguida, mostram-se as quatro classes originadas a partir da análise dos textos das entrevistas realizadas pelo software IRAMUTEQ.

4.2.1 Caracterização dos participantes das entrevistas

As entrevistas tiveram um total de 49 participantes, dos quais 21 atuavam como gestores e os outros 28 profissionais de saúde eram 16 enfermeiros e 12 médicos. Dos 49 entrevistados, seis eram do sexo masculino e os demais do sexo feminino. Os entrevistados estavam na faixa etária entre 25 e 63 anos, com um tempo de formação profissional variou entre três e 33 anos. O tempo de atuação na assistência dos médicos e enfermeiros variou entre dois anos e 28 anos, e o tempo dos participantes que estavam em cargos de gestão variou entre um e 14 anos.

Os participantes relatam ter realizado cursos de pós graduação em diferentes áreas de conhecimento, apenas um deles estava cursando a especialização em saúde da família e outro sem nenhuma especialização até aquele momento. Outra característica em destaque foi que 28 dos profissionais possuíam mais de duas pós-graduações entre especializações, mestrado e doutorado, conforme ilustrado no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - PÓS-GRADUAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



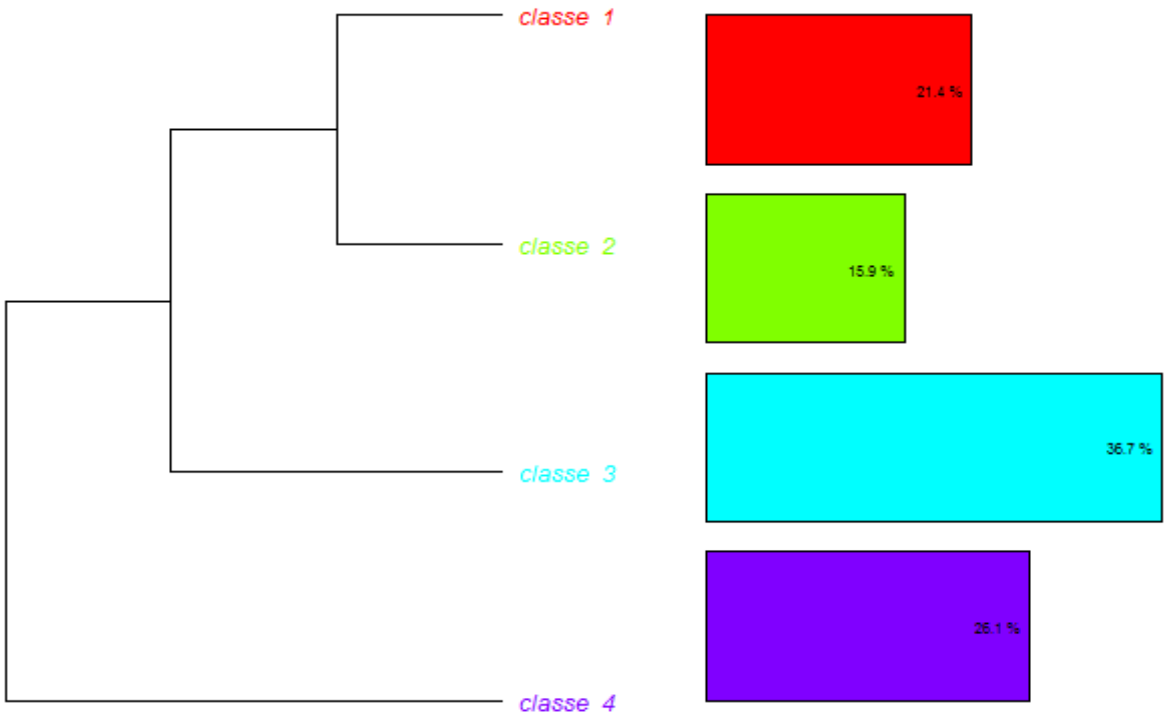
FONTE: A autora (2015)

4.2.2 Classes originadas das entrevistas

Cada uma das quatro classes recebeu um título condizente com seu conteúdo: Classe 1 – comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde; Classe 2 – o acesso da população aos serviços de saúde; Classe 3 – a integração entre a US e a UPA; Classe 4- funções da US e a UPA na rede de atenção à saúde.

Foram processados e analisados 49 textos pelo software IRAMUTEQ, dos quais foram obtidos 1156 segmentos de texto; 979 destes (84,60 %) foram aproveitados. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, classificados em função dos vocabulários, as classes de segmentos de texto foram definidas. A relação destas classes é ilustrada em um dendograma de classificação hierárquica descendente (CHD).

FIGURA 3 – DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2015)

O *corpus* foi dividido em dois *sub-corpus*. De um dos *sub-corpus,* obteve-se a Classe 4, constituída de 255 UCE, que concentram 26,1% das UCE do *corpus* total. Do outro *sub-corpus,* obteve-se a Classe 3, com 359 UCE, que corresponde à 36,7 % das UCE, e mais duas repartições que originaram as Classes 2 e 1 com 156 e 209 UCE, respectivamente, correspondentes a 15,9% na Classe 2 e 21,4% na Classe 1 do total das UCE. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado (χ^2). A percentagem referente ao conteúdo é a "ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus"* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

FIGURA 4 – DENDOGRAMA DAS CLASSES - Palavras com x^2 superior a 3,84

CLASSE 1 - Comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde 21,4%

PALAVRA	X²	Nº
Encaminhar	87.53	55.96
Vez	53.24	50
Ligar	52.17	68.42
Perguntar	39.51	92.31
Internar	38.71	86.67
Direto	31.61	73.68
Mandar	31.45	57.89
Dizer	31.43	50.88
Usuário	29.54	30.21
Gente	28.72	33.91
Encaminhamento	26.6	60.71
Preciso	26.25	66.67
Acontecer	24.97	43.59
Paciente	23.04	52.63
Informar	22.24	100
Conseguir	21.8	40
Hospital	20.94	52.94
Pedir	20.17	63.16
carta	18.52	100
Quando	16.57	36.89
Colocar	16.38	57.14
Medicamento	14.8	100
Orientar	14.47	58.87
Falar	14.21	42.86
Exame	13.86	45.95
Volta	13.55	60

CLASSE 2 - O acesso da população aos serviços de saúde 15,9%

PALAVRA	X²	Nº
Hora	111	66.07
Esperar	56.94	61.11
Ficar	51.65	43.02
Demorar	50.31	64.29
Motivo	36.58	76.92
Tempo	32.3	44.9
Chegar	31.87	40.3
Porque	31.06	31.51
Querer	30.46	44.68
Medicar	27.94	69.23
Já	25.23	35.37
Demanda	25.17	48.39
Resolvido	23.34	66.67
Resolver	22.68	44.44
Vir	21.35	34.18
Consultar	21.01	75.0
Cedo	20.47	83.33
Ambulância	20.47	83.33
Atender	18.43	25.35
Dia	17.56	33.33
Acordar	15.88	100
Lá	15.7	25.26
Problema	15.07	34.55
Não	13.54	19.61
Receita	13.06	62.5
Facilitar	13.06	62.5

CLASSE 3 - A integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento 36,7%

PALAVRA	X²	Nº
Achar	55.03	60.11
Integração	45.63	68.04
Entender	32.29	76.09
Distrito	30.85	88.85
Bem	29.42	70.91
Gestor	26.36	94.44
Processo	25.02	80.0
Gestão	24.59	94.12
Dificuldade	20.98	68.09
Conhecer	20.61	73.53
Melhor	19.81	69.05
Sentir	19.81	88.24
Comunicação	19.75	81.82
Ainda	19.49	64.81
Equipe	17.91	73.33
Melhorar	17.07	67.5
Questão	16.43	59.7
Trabalhar	15.94	61.4
Local	15.82	91.67
Integrar	15.82	91.67
Metropolitano	15.69	100
Começar	14.71	85.71
Forma	14.55	67.65
Reunião	13.93	100
Visão	13.92	81.25
Resolutividade	13.92	81.25

CLASSE 4 - Funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento na Rede de Atenção à Saúde 26,1%

PALAVRA	X²	Nº
Urgência	115.91	69.16
Emergência	105.78	64.46
Prevenção	95.96	87.23
Doença	62.77	89.66
Crônico	57.93	92.0
Promoção	52.06	100
Acompanhamento	51.92	77.78
Atendimento	46.24	48.65
Distinguir	41.28	78.57
Saúde	37.59	66.67
Risco	36.84	85.0
Porta	29.06	86.67
APS	28.89	67.74
Crise	28.69	100
Entrada	25.79	100
Ambulatorial	25.79	100
Condição	25.4	75.0
Caso	24.3	47.78
Acompanhar	23.78	66.67
Criança	23.02	80
Preventivo	22.9	100
Diabético	22.9	100
Abrangência	22.9	100
Suporte	21.07	66.67
Vida	20.48	70.0
Atribuição	20.34	78.57

FONTE: A autora (2015)

A seguir são apresentados alguns segmentos de texto que subsidiaram a discussão das quatro classes a partir das palavras com o χ^2 igual ou superior a 3,84.

4.2.3 Classe 1 – Comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde

A Classe 1 apresentou resultados sobre as formas de comunicação estabelecidas entre os profissionais de saúde e gestores, e entre estes e os usuários. As palavras com χ^2 maior foram: ligar, encaminhar, perguntar e informar, conforme descrito nos segmentos de texto abordados nesta classe:

"A profissional da UPA não acreditou, e a gente fez o contato com a US vizinha, pois aqui a gente faz o contato ou pelo wahtsApp ou liga para outra US pedindo ajuda, e realmente quando ele chegou na US ele convulsionou novamente, dentro do território e tenta fazer o que pode da melhor maneira" [...] (Gest.8)

“Alguns usuários que são internados na UPA , e a gente da US recebe toda a listagem e sabe porque que eles foram internados” [...] (Gest.13)
“Quando vem a carta de encaminhamento, a gente fala com a chefia da US, quando vem sem a carta a gente sabe que foi induzido, então existe esta falta de integração e devia ser orientado pela UPA para pedir acompanhamento na US e não dizer que precisa disso ou daquele outro” [...] (Med. 11)

“Eu uma vez encaminhei um usuário que não era que tinha problema para receber não ele já estava lá na UPA e mandaram embora, ele veio para a US eu tive que ligar e falar com a chefe que ligou para a UPA e receberam” [...] (Med. 9)

“Eu vejo como única coisa depois que voltei que quando precisa encaminhar o usuário, não precisa entrar em contato pelo telefone, precisa fazer o encaminhamento e eles da UPA atendem, eu vejo como única facilidade”[...](Enf.1)

“Às vezes mandam encaminhamento no papel devolvendo para a US, mas como vou atender para melhorar a integração é o acesso mesmo ter mais rapidez na coisa que é meio demorado” [...] (Enf.2)

“Hoje em dia se nós da US encaminhamos um usuário para a UPA num caso de emergência e não sabemos o que aconteceu com ele depois na UPA, quando ele vai voltar na US, vem com um papel 15 a 20 dias depois e eu nem sei o que aconteceu, por exemplo eu fico sabendo de um caso de leptospirose que foi atendido na UPA e recebo a ficha de notificação trazida pelo usuário isso precisava ser informado é inadequado esta comunicação não existe”[...] (Enf.5)

“Atualmente a integração acontece com o profissional da US liga para a UPA dizendo que tem um usuário para encaminhar e precisa de um atendimento e ser encaminhado para o hospital, fica muito nesta relação”[...] (Enf.10)

“Para você conseguir atendimento no SAMU, eles querem que você converse com o médico, nem sempre eles atendem você enquanto enfermeiro para orientar o que

esta acontecendo com o usuário, a não ser que eu fale que não tenho médico" [...] (Enf.5)

"Tem o médico horizontal que quando a gente precisa de um encaminhamento acaba ligando para lá tem a coordenadora de lá que você acaba ligando e acompanhando" [...] (Gest.1)

"A gente tenta com US vizinhas, fazer essa rede de apoio, mas nem sempre é possível e o usuário volta para casa e vai ter que voltar no dia seguinte"[...](Gest.3).

"Eu acredito que a upa melhorou bastante em função até do médico horizontal da UPA, que a gente de alguns pacientes precisa conversar com este médico horizontal e eles já atendem de prontidão, principalmente os casos que a gente sabe que vão ficar internados e também receber o retorno deles quando tem a necessidade dos que estão lá e agente quer saber alguma informação"[...] (Gest.13)

"Se eu estou aqui na US e preciso de uma vaga no hospital eu não consigo encaminhar direto, eu acho isso um absurdo, pois tive um caso de apendicite e eu com a certeza do diagnóstico e não consegui encaminhar para o hospital, o usuário teve que ser encaminhado para a upa e aguardar duas horas na upa" [...] (Med.1)

"Porque quando se encaminha um usuário dificilmente consegue o contato telefônico com o plantonista, eu já tive oportunidade de ligar para o plantão e me transferirem várias vezes e a ligação cair várias vezes e eu não consegui falar com o plantonista, até descobrir que era um colega que trabalha comigo em outro lugar e ligar para o telefone particular dele e aí eu consegui encaminhar a paciente" [...] (Med.5)

"Teria que ter mais o seguimento mesmo às vezes eles mandam uma carta dizendo: encaminhar o paciente para o cardiologista, porque será que ele não pode continuar o atendimento comigo na US? será que eu tenho que encaminha?"[...] (Med.6)

"Eu recebo os usuários da UPA com encaminhamentos normalmente, eles vem com uma carta do médico e quando eu preciso encaminhar para a UPA eu coloco no sistema e mando uma carta, eu encaminho muito pouco para a UPA" [...] (Med.8)

Os entrevistados falam sobre a importância do registro no prontuário eletrônico para melhorar a comunicação/integração entre os profissionais:

“ se foi internado por algum hospital de referência eu não tenho este registro, o problema maior que a gente tem é isso o usuário volta para nós da US depois desta lacuna que teve, e nos diz o que aconteceu, mas muitas vezes o usuário vem para a US e ele não sabe referir, diz que fez exames de sangue na UPA, mas exames de sangue existe um monte então eu preciso saber qual e dar o atendimento adequado” [...] (Med.12)

“dificuldade que eu acredito que tenha é assim a UPA até hoje não tem a informação que a gente coloca do usuário no prontuário eletrônico, na US isso é uma perda muito grande, porque a gente encaminha um usuário e eles pedem que seja feito em papel manual para eles saberem o que o usuário te, porque eles não têm acesso ao prontuário do usuário acho que isso é uma falha muito grande” [...] (Enf.6)

“ temos muita dificuldade de integração pela falta de registro porque o usuário vem aqui na US e a gente encaminha para UPA e depois você não sabe o que aconteceu com o usuário, ele retorna dizendo que foi atendido na UPA e mandaram voltar na US , era uma queixa que deveria ter sido dado continuidade aqui na US e não fez a continuidade” [...] (Enf.8)

“ porque quando eu preciso de algum serviço da upa ou saber de algum paciente vai no sistema e não tem tudo que você precisa, com todas as informações, acabo ligando e a pessoa acaba me dando mais informações, por exemplo, eu quero saber se o usuário ficou internado, ou para onde foi, o que aconteceu na sequência do atendimento, o usuário de saúde mental que é difícil de você manejar então eu tenho esta facilidade de ligar e conversar com as pessoas e conseguir das informações que a gente precisa” [...](Enf.12)

“eu acho que o sistema de internamento tem realmente que ser melhorado, porque a gente não tem informações do que acontece com o usuário internado na UPA, porque o que vai para a consulta tem informação e o que fica internado não, acho que precisa pois são os que mais necessitam desta informação para depois dar

continuidade do tratamento, e são os que menos a gente tem informação, precisa ter esta informação digitalizada no prontuário-eletrônico" [...] (Gest.13)

"as coisas são muito pouco registradas na UPA e isso dificulta às veze, o usuário chega e diz eu fiz exames lá na UPA, e a US quer saber qual este exame que o usuário fez e não consegue saber, precisa ser melhorado é o registro eletrônico da UPA para saber o que aconteceu com o usuário" [...] (Med.4)

4.2.4 Classe 2 – O acesso da população aos serviços de saúde

Esta classe traz resultados sobre o acesso das pessoas ao atendimento de saúde, tanto nas Unidades de Saúde da Atenção Primária, quanto na Unidade de Pronto Atendimento, a partir de falas relacionadas a organização do serviço, do processo de trabalho, do vínculo e as questões entendidas como culturais. Os segmentos de texto que subsidiaram essa discussão e que incluiam as palavras: esperar, ficar, demorar, motivo e tempo, conforme descrito:

"mas eu acho que a maior parte é porque não tem profissional na US e eles querem ser atendidos no dia e não querem ser atendidos no outro dia vão direto para a UPA, preferem ficar na fila por horas do que voltar no outro dia na US, apesar de que hoje aqui na ubs eu procuro ajudar para não ir na upa" [...] (Enf.1)

"pela comodidade, mesmo que demore na UPA ele tem a certeza de ser atendido do que ele vir de manhã na US e resolver o problema no outro dia ou outro momento"[...] (Gest. 16)

"a geografia facilita que ele venha aqui que é mais fácil para ele então a queixa muitas vezes e a escolha de não ter ido na sua US de origem é porque lá vai demorar" [...] (Gest. 19)

"...do jeito que nós estamos sem médicos os usuários estão indo lá na UPA para qualquer coisa, às vezes os usuários vão lá na UPA porque a US já está fechada"[...] (Med. 2)

“ou por excesso de demanda, ou porque a US já esta fechada, ou já esta fechando, eu acho que estes pacientes precisam ir para UPA, a US não tem medicação injetável para fazer aqui mas preferencialmente os casos mais graves que teriam que ir para upa”[...] (Med. 4)

“eles não querem ficar aguardando o dia todo lá para ser atendido preferem vir para cá na US, para melhorar mais profissionais aqui na US para não sobrecarregar a UPA e eles só ficarem atendendo o que eles precisam atender a urgência”[...] (Med. 9)

“ter aquele dia livre para resolver aquele problema que ele quer resolver e teria que esperar alguns dias na US, ele vem na UPA porque ele sabe que vai resolver naquele mesmo dia esta é a fala dele também” [...] (Gest. 19).

“por mais que facilite para o usuário ele quer o atestado e não o atendimento, quando ele vai na UPA ele sabe que aqui na US será tratado e lá na UPA tirado a dor” [...] (Enf. 16).

“o profissional chega no seu horário e sai antes do seu horário e te digo porque eu no SAMU que a partir das 17 horas aumenta o número de chamados das US”[...] (Gest. 12)

Os participantes relatam a falta de profissionais na US como uma dificuldade de melhorar o acesso na APS:

“para melhorar tem que entrar profissionais para poder atender a demanda do bairro a minha área precisa de profissional para o atendimento porque eu não tenho para onde mandar minha porta é a upa” [...] (Enf.2)

“o que eu acho falho é o pequeno número de funcionários...quando ele vem para a US e não tem médico pela manhã, não tem médico e precisa de um atendimento hoje, e precisa de um atestado e não tem mais vaga na US, ele vai para a UPA, mesmo que demora 6 horas para ser atendido mas vai sair com atestado na mão”[...] (Enf. 6)

“com mais médicos aqui na US, não precisava o usuário vir tão cedo e ele viria aqui e não para a UPA, muitos vão para lá porque eles sabem que estou com um médico só” [...](Gest. 4)

“mas um problema difícil de resolver porque eu sei de outras US estão com um médico, e um médico não dá para a consulta do dia, então fica difícil a US ser resolutiva quando se falta médico”[...] (Gest. 20)

“eu entrei aqui há três anos, para substituir um médico que tinha 2 cargas horárias e desde então estou sozinha absorvendo toda a população claro que fica uma demanda reprimida e acaba procurando outras chance de consultar para ter o seu problema resolvido onde ele vai ir? Para a UPA”[...] (Med. 5)

“eu acompanhei usuários que não voltaram na UPA e que nunca foram na US, porque achavam que lá não tinha médico porque eu ouvi alguém falar, porque é ainda muito centralizado no médico se tem uma equipe grande de apoio”[...] (Gest. 2)

Os participantes expressam sobre o acesso aos serviços de saúde, a organização da agenda, o tempo de atendimento, ao número de atendimento máximo e mínimo nos equipamentos de saúde:

“.. tem dias que na US tem uma rotina x de consultas e não supre tudo demanda e usuário sabe que na US pode acontecer isso e voltar no dia seguinte e perder um tempão, aqui na UPA ele sabe que vir e perder um tempão mas que ele vai voltar para casa com o atendimento” [...] (Gest. 3)

“ renovação de receita isso não é adequado para atendimento na UPA, a gente tem três UPA que tem odontologia e tem um pedido do conselho municipal que transforme uma delas em 24 horas, isto é desnecessário” [...] (Gest. 11)

“em muitos países a APS através das US, elas que ficam com a responsabilidade de fazer este atendimento fora de hora, e em muitos países se quer tem um equipamento parecido com as nossas UPA , para isto a UPA deveria ser um pouco

ocupada por profissionais que também estão na APS dela passar ser em vez de uma UPA, ela ser uma APS fora de hora"[...] (Gest. 17)

"por isso que a US precisa ter o tempo para a consulta com tantos minutos para cada um, e agente não pode ficar atendendo mais o usuário já espera ser atendido e examinado e falar todas as queixas" [...] (Med. 1)

"eu acho que demora muito mais ir na UPA do que para cá na US, aqui na US temos uma equipe médica acessível, eles não atendem 16 consultas e acabou e sim atendem mais de 20 consultas as vezes"[...] (Gest. 14)

"os usuários vem para ser atendidos na US, eu tenho duas agendas programadas e acaba sobrecarregando alguns serviços por falta de outros, acarretando um aumento de busca de não emergências na UPA, não tem médico e eu preciso da receita"[...] (Enf. 16)

" renovação de receita isso não é adequado para atendimento na UPA, a gente tem três UPA que tem odontologia e tem um pedido do conselho municipal que transforme uma delas em 24 horas, isto é desnecessário" [...] (Gest. 11)

"em muitos países a APS através das US, elas que ficam com a responsabilidade de fazer este atendimento fora de hora, e em muitos países se quer tem um equipamento parecido com as nossas UPA , para isto a UPA deveria ser um pouco ocupada por profissionais que também estão na APS dela passar ser em vez de uma UPA, ela ser uma APS fora de hora"[...] (Gest. 17)

"por isso que a US precisa ter o tempo para a consulta com tantos minutos para cada um, e agente não pode ficar atendendo mais o usuário já espera ser atendido e examinado e falar todas as queixas" [...] (Med. 1)

"eu acho que demora muito mais ir na UPA do que para cá na US, aqui na US temos uma equipe médica acessível, eles não atendem 16 consultas e acabou e sim atendem mais de 20 consultas as vezes"[...] (Gest. 14)

"os usuários vem para ser atendidos na US, eu tenho duas agendas programadas e

acaba sobrecarregando alguns serviços por falta de outros, acarretando um aumento de busca de não emergências na UPA, não tem médico e eu preciso da receita"[...] (Enf. 16)

"uma das coisas que a gente ouve muito dos usuários é a questão que precisa acordar cedo para ir na fila pegar uma consulta ou já sabe que não tem médico na US e prefere em vez de ir na lá vem para cá na UPA" [...] (Enf.10)

Alguns participantes tem o entendimento que existem questões culturais, por parte da população, que interfere na organização do sistema:

"culturalmente há um tempo, aqui foi um posto mesmo e ficou impregnado na cultura da população que aqui é apenas uma US que trabalha 24 horas, faz as mesmas coisas que a US, só que não fecha no entendimento da população" [...] (Gest. 19).

"ele sabe que é aqui na US mas como não tem na hora que quer eu acho que a população esta muito mal acostumada, muito paternalista não tem aqui vai lá e resolve no dia" [...] (Enf. 7).

A maioria, dos participantes consideram o vínculo da US com a população como algo positivo e resolutivo, o que diferenciam da UPA:

"depende da relação com a US se o usuário, tem uma boa relação com a US ele vem aqui, se ele não tem uma boa relação com a US e precisa ficar esperando ele procura a UPA com a ilusão de ser atendido mais rápido" [...] (Med. 11)

" a US que tem o vínculo, o usuário idoso que tem o vínculo é difícil ir na UPA e ele vem na US usuário que não tem um bom vínculo ele procura a UPA" [...] (Gest. 16)

"aqui na US o usuário tem um vínculo, ela vem todos os dias uma vez por ano ou ela vem por algum motivo e ela traz o filho" [...] (Med. 6)

"os usuários escolhem pelo serviço que chegar e ser atendido, ou seja trabalhamos tanto com esta questão do acesso que ele tem com as US, tem o vínculo os

usuários que frequentam a US, eles vem pelo vínculo os usuários que não tem vínculo procuram pelo acesso facilitado" [...] (Gest. 14)

" os frequentadores da US eles sabem que eles vão chegar na US e serão atendidos, aqueles que não costumam frequentar a US eles ainda acham que vão vir as 8 horas da manhã e não vão conseguir atendimento e por isso, procuram direto a upa ficam em casa até meio dia a 1 hora e vão para o upa nem procuram a US, não são aqueles frequentadores contínuos que já conhecem o serviço" [...] (Enf. 11)

4.2.5 Classe 3 - A integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto de Atendimento

Nesta Classe são abordados os resultados sobre a percepção dos entrevistados de como acontece a integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento. Os segmentos de texto que subsidiaram essa discussão a partir das palavras com $\chi 2$ maior na Classe 3 foram: integração, comunicação, processo, entender, conhecer, gestão e distrito. Dentre estes segmentos, destacam-se:

Os participantes relatam sobre a relação entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento no município:

" eu acho que a integração da UPA com a US é bem ruim, claro que os usuários chegam lá na UPA e tem uns que não precisavam estar lá, mas estão e isso sufoca a upa" [...] (Med. 4).

"ao ter os três equipamentos, teremos sérias dificuldades de diálogo pelas características da UPA e dos profissionais que atuam na UPA geralmente para o aquele é mais um dos empregos que ele já tem, então é muito difícil na minha opinião da forma como a UPA foi implantada fazer com ela dialogue bem, tanto com o hospital, quanto com a APS, tem defeito de nascença" [...] (Gest. 17).

" hoje esta integração está acontecendo muito lentamente mas está acontecendo, e outro tipo de integração que está acontecendo de o servidor da US entender que ele

precisa avaliar o usuário antes de encaminhar para a UPA" [...] (Gest. 9).
"ainda é muito cada um por si, na verdade eu acho que não existe uma integração e sim existem questões pontuais, mas não uma integração, existe uma necessidade" [...] (Enf. 10).

"dizemos que há integração, mas temos sérias dificuldade em lidar com o SAMU e às vezes com a UPA, por que a língua que se fala lá na upa é uma e aqui na US é outra, mas o que esta acontecendo eu não sei se é pelo tipo de formação ou contratação realizado nas UPA que muitas vezes o médico da UPA não tem uma visão ampla do usuário e ainda com a visão segmentada da universidade" [...] (Med. 11).

Os participantes apontam que a relação entre a US e a UPA está mais integrada entre os gestores:

"eu não acho que tem facilidades de comunicação com a UPA, se tiver tem com os gestores, mas isso não chega aos trabalhadores. Se tiver tem nas reuniões de gestores nas terças-feiras, mas no dia a dia do trabalhador não tem, e é impossível a gente da US conversar com alguém da UPA" [...] (Enf.5)

"a gente enquanto coordenadora da US, a integração acaba saindo de forma mais tranquila, porque tem integração via sistema, tem os relatórios que agora foram criados e que a gente consegue monitorar o usuário que está sendo atendido na UPA" [...] (Gest.1)

Os participantes apresentam lacunas na integração quando se refere aos profissionais assistenciais:

"este contato que eu tenho é com apoio e gestão, eu não vejo isso na assistência, eu conheço as enfermeiras que estão na UPA, mas não vejo elas ligando para a US e fazendo este serviço" [...] (Gest. 20)

Alguns participantes relatam desconhecer a integração relatada pelos gestores:

“acho que ajudaria o coordenador da US em contato com o coordenador da UPA e ver o que a gente poderia melhorar neste sentido, acho que não é uma questão financeira eu acho que é de administrar isso”[...] (Med. 8)

Relatam que a organização do processo de trabalho está centralizado no gestor e nas relações pessoais entre os profissionais de saúde:

“tivemos uma mudança de gestor de uma das UPA há um mês, que permaneceu durante 8 meses neste período retomamos os processos de trabalho e muitas outras coisas, quando ele saiu a UPA o processo de trabalho não existe mais, coisa forte dizer isso, por que porque o processo de trabalho estava centralizado no gestor e isso não pode acontecer” [...](Gest.12)

“o telefone ajuda muito porque tanto nós da US para a UPA, ou de lá para cá e a gente sempre conhece as enfermeiras, conhece os médicos, então vai mais no boca a boca do telefone mesmo porque é complicado” [...] (Enf.4)

“é fácil o ser humano empurrar de lá para cá, eles tentaram integrar mas se perdeu, porque mudaram os funcionários daqui da US e de lá da UPA e acabou se perdendo” [...] (Enf. 14)

Os participantes expressam que a responsabilidade da gestão em entender e organizar o sistema:

“o usuário como qualquer um de nós, ele busca o que resolve o problema dele, então é uma luta inglória de nós profissionais acharmos que o usuário precisa entender como funciona o sistema, esta responsabilidade é de quem organiza o sistema, de impedir que situações que não deveriam estar naquele equipamento ser atendido lá na UPA, não só pensando em uma questão de custo, mas principalmente pensando no resultado de saúde” [...] (Gest. 17)

Alguns participantes trouxeram a reflexão do entendimento do usuário sobre a organização do sistema de saúde:

“ o que eu acho como um desafio da integração é o entendimento do usuário em relação a esta diferença, tanto para nós como para a US, o que existe em termo de responsabilidade e atribuição de cada um, o usuário na percepção dele ele não consegue entender onde termina a responsabilidade da US e na continuidade do seu trabalho e onde começa a nossa responsabilidade da UPA” [...] (Gest.19)

Os participantes, profissionais assistenciais e gestores, elencaram algumas estratégias para melhorar a relação entre os dois equipamentos:

Estratégia relacionada ao número de profissionais, tanto da US quanto da UPA:

“um número adequado de profissionais em todas as US, tanto ESF quanto US tradicional, eu acho que a demanda da UPA ia cair muito e seria assim o primeiro passo, mas isso nunca vai suprir” [...] (Enf. 4)

“concurso público para aumentar a quantidade de médicos e enfermeiros nas US isso resolveria muito” [...] (Gest. 3)

“eu ainda acho que existe uma necessidade de algumas US estarem melhor estruturadas então ainda esta em processo de reestruturação, tem algumas US por exemplo, não estão com sua equipe médica completa que também repercute em uma busca maior conosco” [...] (Gest. 19)

“ quando você tem uma equipe mais completa consegue buscar resolutividade, eu acho que avançou bastante em ter o médico horizontal hoje, ele nos dá este suporte e acho o que é mais importante cada profissional criar vínculo nos serviços e ter algumas referências para encaminhar e a trajetória fica melhor” [...] (Gest.7)
“o que é fácil da integração é que você pode conversar pelo telefone você tem um regulador que te indica que te ajuda no na tua necessidade ali no momento e você consegue conversar e encaminhar este usuário de forma segura” [...] (Enf. 12)

Os participantes trazem a proposta de vivenciar o processo de trabalho do outro:

“que trabalhassem na UPA por um período de três meses, por exemplo, eu sou enfermeira da US ...e agora está na época da enfermeira da US e do auxiliar de enfermagem trabalharem na UPA” [...] (Enf. 3)

“ a gente não conhece o trabalho deles da UPA e eles não conhecem o nosso trabalho aqui na US, eu acho que esta visibilidade não existe e poderia existir de quem trabalha aqui na US e lá na UPA” [...] (Enf. 14)

“acho a integração entre a upa e a US é difícil, pois quem está na US desconhece o trabalho da UPA e não imagina como funciona, e a UPA acha que o trabalho deles é mais importante que o trabalho da US” [...] (Gest. 2)

“esta questão de inserir o profissional da US, como o gestor foi fazer uma tarde na UPA, ter uma pessoa que possa acompanhar este profissional lá na UPA ou o médico, ou o enfermeiro facilitaria esta integração” [...] (Gest. 3)

“a aproximação ajuda a entender o processo da UPA, o que tem na UPA e vice-versa, porque eles trocam experiência...quando eu trabalhei na UPA a gente tinha esta questão do funcionário da US ir para a UPA e a gente sentia que eles tinham insegurança de ficar na sala de emergência ou na observação, porque é o medo do desconhecido” [...] (Gest. 10)

Outra proposta apontada pelos participantes foi de organizar encontros ou reuniões com os profissionais da US e da UPA:

“ tentar conversar, tentar saber quais são as dificuldades quais são as minhas e ver o que pode melhorar, acho que de gestão já acontece, mas seria importante ter isso com os profissionais porque você começa a olhar com outros olhos o outro e ajuda ter esta integração” [...] (Enf. 10)

“eu acho que nós deveríamos ter mais encontros ou reuniões que pudesse discutir” [...] (Med.12)

Os participantes apresentam propostas de melhorias em relação as

ferramentas de gestão como: prontuário eletrônico, referência e contra referência e os relatórios para melhorar a integração entre os serviços:

“ ter a contra- referência, que nós não temos, tanto para a especialidade que a gente encaminha e para a UPA , isso ajudaria bastante porque é o mesmo sistema e se não andar junto e não ter a mesma visão anda no contra fluxo das coisas, tem que ter o mesmo fluxo e os mesmos procedimentos para otimizar o sistema”[...] (Med. 12)

“o médico da UPA deve agir de forma diferente do médico da US, então eu acho que esta integração poderia começar no sistema com informatização melhor” [...] (Med. 8)

“acho que melhorou bastante a integração com a questão do prontuário ser integrado, pena que não é com os hospitais acho que deveria também pois às vezes da UPA eles acabam encaminhados para hospitais e a gente perde o contato” [...] (Enf. 13)

“ outra dificuldade de integração é a comunicação muitas vezes se ele é atendido lá na UPA, algumas vezes está bem registrado no prontuário-eletrônico quando é uma urgência, mas se é uma coisa mais básica o usuário não sabe descrever o que foi e não está registrado” [...] (Enf. 11)

“porque tem estes relatórios enviados e que a gente tem acesso no prontuário eletrônico, então assim, eu já vejo de uma forma um pouco melhor em relação a integração mas acredito que a gente possa melhorar mais” [...] (Gest. 6)

“ eu acho que como estratégia seria através do sistema, nós não temos tempo para ficar no telefone e o nosso tempo é esgotado, é muito encaixe, então não tem como ficar no telefone, mas acho que no sistema seria acrescentar mais as coisas no sistema sem burocratizar demais, não é para complicar e sim ajudar” [...] (Med. 6)

4.2.6 Classe 4 – Funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento na rede de atenção à saúde

Esta classe apresentou resultados sobre o entendimento dos profissionais e gestores sobre as funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento, considerando a implantação dos serviços, a organização e a complexidade de ambos. As palavras com $\chi 2$ maior foram: urgência/emergência, prevenção, promoção, crônico, atendimento, acompanhamento e distinguir, conforme descrito:

"as urgências a parte das doenças agudas e não as crônicas a US deve ser a parte crônica atender a demanda crônica do dia-a-dia que não as urgências e emergências" [...] (Enf. 4).

" a UPA é para atender as urgências e emergências a finalidade é esta, mas está distorcido desde a implantação, pois ainda tem um foco para a consulta ambulatorial e se fizer um levantamento terá mais usuários azuis dentro da UPA do que tem no internamento" [...] (Gest.31)

"eu acho que a US não pode ser um gerador de consulta ela precisa trabalhar em ações de prevenção para esta população"[...] (Enf.9)

"a UPA atende a urgência e emergência, para mim é urgência e emergência mesmo não tem outra atribuição, a US faz a prevenção do cuidado, a prevenção com as doenças crônicas, tudo o que não for urgência e emergência diria que pode ser vinculada a US e a UPA para as situações agudas que exige um atendimento mais rápido que tem uma urgência maior que não pode esperar para o dia seguinte [...] (Enf.12)

" a upa deve atender as urgências e as emergências coisas que não podem esperar muito e colocar em risco a vida do usuário pessoa a US faz a prevenção das doenças crônicas de não chegar ao ponto do usuário ter que ir para a upa em estado avançado da doença"[...] (Gest.2)

“ no meu entendimento a US deveria focar muito mais na profilaxia do que no tratamento específico das patologias, infelizmente a US recebe muito mais o usuário sintomático do que procurando a profilaxia da patologia familiar” [...] (Med.5)

“ a US faz a prevenção promoção de saúde promover saúde, pois quando promove saúde evita que os usuários fiquem doentes” [...] (Med.3)

“ a UPA está para atender urgências e emergências, a US fazer prevenção atender as demandas que não sejam urgências e emergências urgência. Claro que ninguém vai deixar de atender uma emergência em lugar nenhum” [...] (Med.6)

“a US é o equipamento que faz parte da APS, o papel dela primeiro é oferecer primeiro e continuado acesso para a maior parte das condições e dos problemas que afetam a população” [...] (Gest.17)

Os participantes também expressam sobre a complexidade dos atendimentos:

“ o que distingue é a gravidade dos casos na verdade os dois, a UPA e a US, fazem a mesma coisa só que a diferença é a gravidade e a emergência” [...] (Enf_2)

“um diferencial importante é a gravidade dos casos, a complexidade e toda a logística que nós temos para atender estes casos, que a US em parte de equipamentos por exemplo não tem” [...] (Gest.19)

“ a UPA está mais preparada para atender as emergências, não que uma UBS não precisaria atender se de repente acontecesse” [...] (Enf.10)

Os participantes consideram o vínculo e a continuidade do cuidado como uma forma como a diferençar a US da UPA no atendimento às pessoas.

“claro que o que diferencia é a questão de ser mais a urgência na UPA, mas na UPA não conhecem as famílias não conhecem os usuários” [...] (Med.4)

“ na UPA você não tem a realidade do usuário e você vai ver o foco do usuário qual a dor qual a queixa do usuário e vai atender aquela queixa” [...] (Enf.15)

“ a US tem essa questão de atendimento longitudinal, do vínculo de acompanhar esse usuário com todas as situações de vida dela do ciclo de vida dela a diferença para mim maior é o processo o usuário vai com uma queixa vai ser medicado volta ou para a US ou para casa, na US tem todo um acompanhamento a longo prazo” [...] (Gest.3)

Os participantes relatam as diferenças sobre a organização e resolutividade dos dois serviços:

“o que distingue é o horário que a UPA é 24 horas, e a US é só 12 horas” [...] (Enf.3)

“o que distingue a UPA da US é o horário, e a capacidade de resolução da UPA que é muito maior que a APS” [...] (Gest.11)

“o que distingue e também da parte estrutural mesmo, por exemplo lá na UPA fazem sutura e tudo mais” [...] (Med.10)

Os participantes expressam que a organização dos serviços está relacionada a uma decisão da gestão e envolve questões politicas:

“existe politicagem pré-eleitoral na UPA, lá deveria ter no máximo três ou quatro profissionais médicos para atender as emergências, eles enchem de profissionais e querem atender todo mundo e ficam as filas de reclamação do serviço. Deveria definir o amarelo ao vermelho atender na UPA e não teria tantas pessoas lá, mas é uma decisão politica” [...] (Med.11)

“ entender que a UPA é um espaço da APS e aumentar o atributo da continuidade do cuidado e durante o dia não atender as pessoas porque as US estão abertas e a noite ou final de semana ter profissionais da APS daquela região atendendo na UPA” [...] (Gest.17)

4.3 ELABORAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE US E UPA

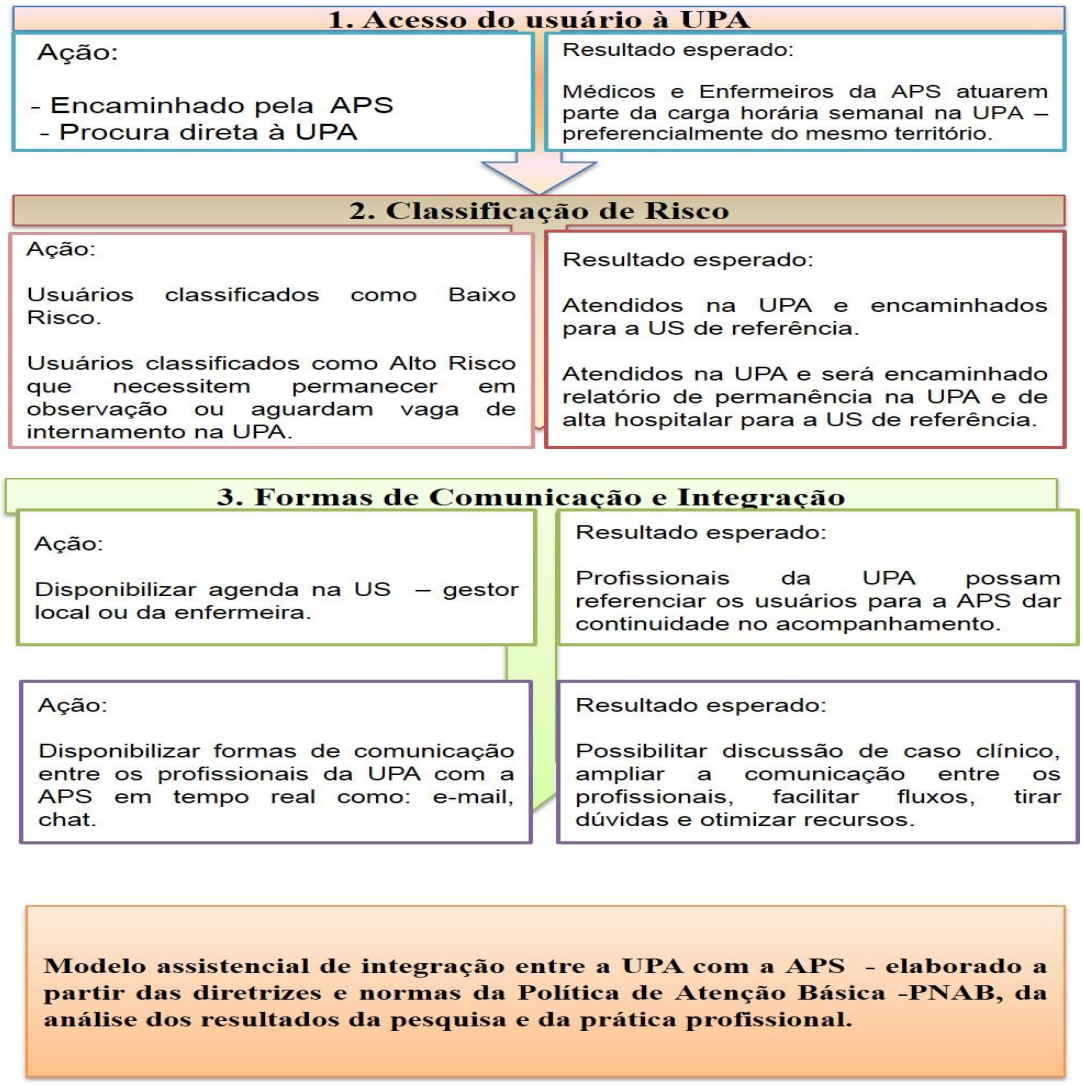
A construção de um modelo assistencial que atenda a necessidade de integrar a Unidade de Saúde com a Unidade de Pronto Atendimento foi elaborado a partir das diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica vigente – PNAB (2012), da análise dos resultados desta pesquisa e da experiência da prática profissional. Serão apresentados dois modelos assistências de integração entre UPA e US, considerando o contexto, os desafios de implantação e as melhorias para a rede de atenção à saúde.

4.3.1 Apresentação do primeiro modelo assistencial de integração entre US e UPA

Esta proposta de modelo assistencial considera que as US devem ser instaladas perto onde as pessoas moram, estudam ou trabalham, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012). Ainda, considera a UPA como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar, devendo fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011).

A implantação poderá ser realizada sem grandes mudanças estruturais na rede de atenção à saúde do município, e está relacionada à mudança no processo de trabalho, estratégias de comunicação, reflexão sobre as funções de cada equipamento e como interfere na continuidade do cuidado dos usuários atendidos neste território. Esta proposta não altera o horário de funcionamento das US e da UPA, mas leva em conta as especificidades da APS descritas na PNAB, em especial a ESF, no que diz respeito a carga horária de trabalho, a jornada de 40 horas semanais e dedicação mínima de 32 horas semanais para as atividades da APS. Conforme decisão e autorização prévia do gestor, este profissional pode dedicar até 8 horas semanais do total da carga horária total para a prestação de serviços na rede de urgência do município. A proposta está apresentada a seguir:

FIGURA 5 - PRIMEIRA PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO



FONTE: O autor (2016).

1 Manter o horário de funcionamento da UPA e das US;

2 Profissionais da APS (principalmente médicos e enfermeiros) atuarem parte da carga horária semanal de trabalho na UPA, preferencialmente na UPA do território da US em que trabalha. Entendendo que o profissional da APS tem vínculo e conhecimento do território – melhora a resolutividade do atendimento;

3 Os usuários atendidos e classificados como baixo risco – serão atendidos e encaminhados para a US de referência para dar continuidade do acompanhamento;

4 Os casos classificados de maior risco, que necessitem permanecer na UPA, na observação ou aguardando a vaga de internamento, serão atendidos pela equipe da UPA – será encaminhado relatório de alta para a US de referência;

5 Criar uma agenda na US, que no primeiro momento poderá ser centralizado

no gestor ou com o enfermeiro da US, que os profissionais da UPA possam referenciar os usuários atendidos para a APS;

6 Criar uma forma de comunicação em tempo real, como e-mail ou chat, entre os profissionais da US e da UPA, para discussão de caso clínico, ampliar a comunicação entre os profissionais, facilitar fluxos, tirar dúvidas e otimizar recursos.

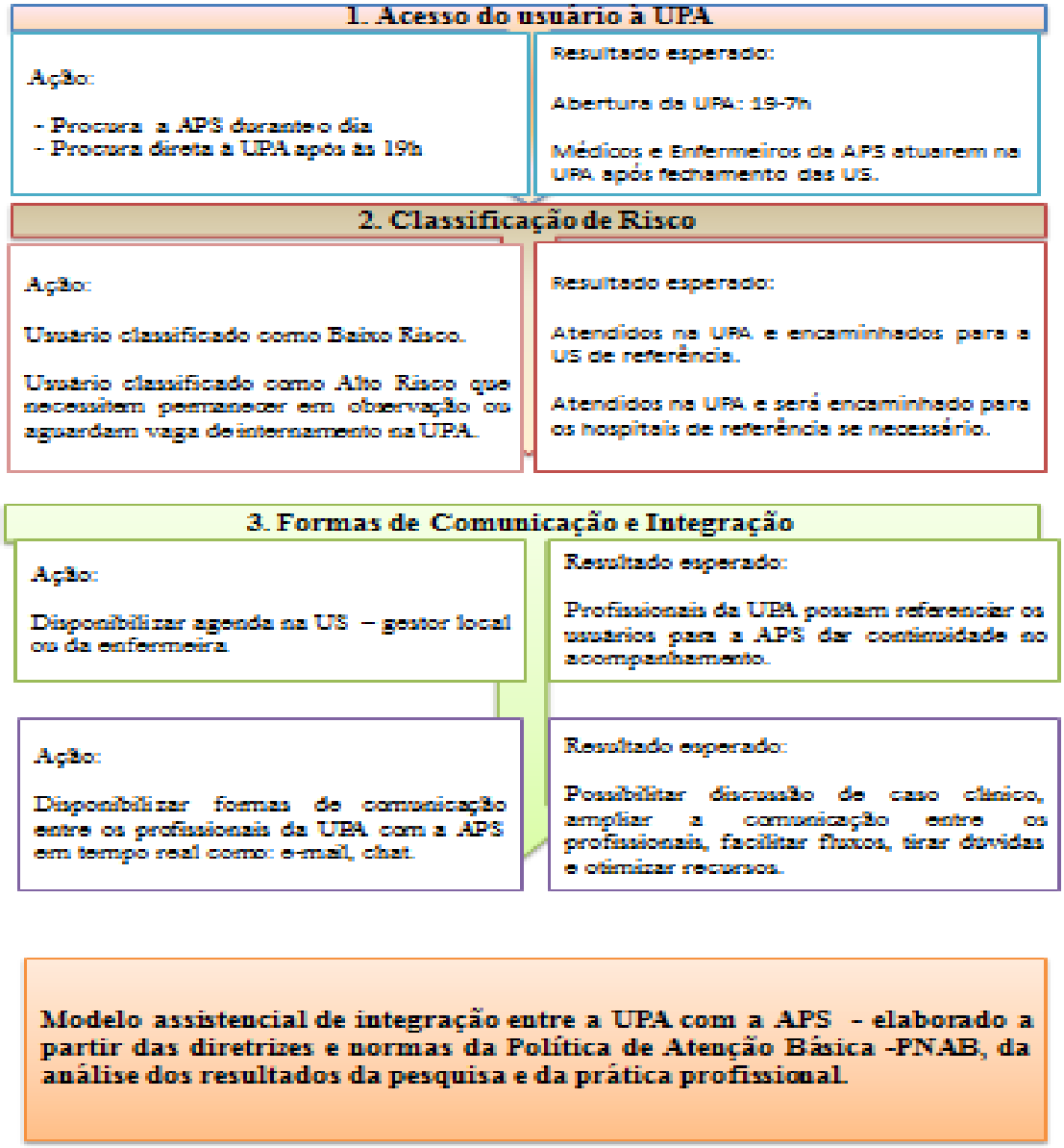
4.3.2 Apresentação do segundo modelo assistencial de integração entre US e UPA

A segunda proposta do modelo assistencial exige uma mudança estrutural na rede de atenção do município. Pois, além de mudanças de fluxos, busca a mudança de compreensão sobre as funções dos equipamentos na rede de atenção, considerando que a UPA é uma estratégia que traz bons resultados de acesso para a população, mas apresentam lacunas na continuidade do cuidado junto à APS e na articulação com os demais pontos de atenção à saúde.

Para implantação desta proposta, será necessário mudar o horário de atendimento da UPA neste território, ampliar o horário de funcionamento das US da APS, e dimensionar o número de profissionais necessários na APS e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde pela população.

Além das questões estruturais citadas, será necessária ampla discussão sobre os atributos das APS, como o acesso e a continuidade do cuidado, a função da APS na rede de atenção, com os profissionais e gestores do município. A proposta deste modelo está apresentada a seguir:

FIGURA 6 – SEGUNDA PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO



FONTE: O autor (2016).

1- O horário de atendimento da UPA será das 19h às 7h, após fechamento da maioria das US do território. Importante definir a localização geográfica desta UPA para facilitar o acesso e a utilização do espaço durante o dia com outras ações de saúde, ficando a critério de o município definir o tipo de necessidade.

2- Ampliar o horário de atendimento na APS, considerando a necessidade de cada território.

3- Dimensionar o número de profissionais necessários na APS para garantir melhoria do acesso aos serviços de saúde à população.

4- Os profissionais da APS (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontologia) serem responsáveis pelo plantão da Unidade de Pronto Atendimento do

território (após o fechamento da US e finais de semana).

5- Ampliar a discussão sobre o acesso, processo de trabalho, carteira de serviço ofertada em cada US com os profissionais da rede de atenção à saúde, principalmente da APS.

6- Usuários atendidos e classificados como baixo risco – serão atendidos e referenciados para sua US (agendados via sistema ou guia de referência).

7- Usuários classificados com alto risco – serão atendidos e referenciados para os serviços hospitalares conforme necessidade clínica.

Criar uma forma de comunicação em tempo real, como e-mail ou chat, entre os profissionais da US e da UPA, para discussão de caso clínico, ampliar a comunicação entre os profissionais, facilitar fluxos, tirar dúvidas e otimizar recursos.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, são discutidos os resultados da pesquisa fundamentados na literatura, suas convergências e divergências, para atender os objetivos de analisar os fluxos entre a US e a UPA na lógica da integração, identificar como os profissionais e gestores definem as funções de cada equipamento e a partir desta discussão elaborar um modelo de intervenção com vistas a melhoria da organização do serviço.

O capítulo está organizado de acordo com as categorias que emergiram das quatro classes a partir do processamento dos dados realizados pelo software IRAMUTEQ. A sequência da discussão das categorias é a mesma da apresentada nos resultados: comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde, o acesso da população aos serviços de saúde e sua relação com o processo de trabalho, vínculo e organização dos serviços, a integração entre a US e a UPA, e as funções da US e da UPA na rede de atenção à saúde. No início de cada capítulo da discussão das classes é apresentada uma síntese dos resultados que está detalhada nos parágrafos seguintes.

5.1 DISCUSSÃO DAS RODAS DE CONVERSA

A experiência foi importante como primeiro contato com o campo de pesquisa, ajudou a aprimorar o instrumento de coleta de dados. Além disso, mostrou que a roda de conversa é uma tecnologia simples e pode ser utilizada em qualquer espaço, inclusive na prática profissional.

A partir das conversas o usuário demostra satisfação ao ser atendido na UBS, mas o que define a escolha da UPA é a falta de acesso na APS no momento que mais precisa. Ao mesmo tempo em que não diferenciam as atribuições da UPA e da UBS, referenciam em algumas falas a importância da continuidade do cuidado, e identifica-se a APS como ordenadora do sistema, principalmente em relação à especialidade. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os participantes da roda de conversa entendem que a responsabilidade em melhorar os serviços de saúde prestados é exclusiva do gestor, não sabendo identificar os níveis de gestão. Percebe-se que há uma lacuna de dois objetivos da APS destacados na Política Nacional da Atenção Básica que são o acesso e a

continuidade do cuidado. (BRASIL, 2012). Além disso, a organização do processo de trabalho das equipes depende da quantidade de recursos humanos, da qualificação profissional, e muitas vezes se estabelece a partir da necessidade do serviço e não da necessidade do usuário. (ASSIS; JESUS, 2012).

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Este subcapítulo discute os resultados da coleta de dados realizada por meio de entrevistas com os gestores e profissionais de saúde. Na sua primeira parte são discutidas algumas características dos entrevistados consideradas relevantes; e, na segunda parte, que está subdividida em quatro classes, faz-se a discussão dos conteúdos das entrevistas.

5.2.1 Caracterização dos participantes

Os resultados apontaram para o predomínio dos profissionais do sexo feminino em quase todas as categorias profissionais da área da saúde, o que é corroborado por uma pesquisa realizada no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, por Pinto, Menezes e Villa (2012). Em relação à qualificação profissional, com exceção de uma profissional, a maioria dos entrevistados tinha no mínimo uma especialização, quatro profissionais com mestrado e um com doutorado. Do total dos profissionais, 28 tinham mais de uma pós-graduação, sendo a grande maioria na área da Atenção Primária à Saúde e gestão, corroborando com Costa et al. (2013), que a maioria dos profissionais possuem preparo para as atividades vinculadas aos SUS.

Destaca-se o tempo de atuação dos profissionais na assistência de 19 participantes acima de onze anos, o que sugere maior experiência profissional e vínculo com a população atendida. No entanto, o tempo de atuação de nove gestores é de 1 a 2 anos, isso se deve a renovação do quadro de gestores das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio de processo seletivo. Em 2013, com a mudança de gestão da prefeitura municipal, foi realizada a seleção para o banco de gestores, em que todos os profissionais de nível superior, com mais de dois anos no cargo puderam se candidatar à função. (CURITIBA, 2013).

5.2.2 Discussão das classes das entrevistas

As classes das entrevistas foram definidas pelo processamento do corpus do texto no software IRAMUTEQ. Cada uma das quatro classes recebeu um título condizente com seu conteúdo: Classe 1 – comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde; Classe 2 – o acesso da população aos serviços de saúde; Classe 3 – a integração entre a US e a UPA; Classe 4- funções da US e a UPA na rede de atenção à saúde

5.2.2.1 Classe 1: Comunicação formal e informal na organização do sistema de saúde

Nesta classe, as discussões abordam sobre as formas de comunicação estabelecidas entre os profissionais e entre os profissionais e usuários. Os segmentos de texto que subsidiaram essa discussão a partir das palavras com o χ^2 igual ou superior a 3,84. As palavras com χ^2 maior foram: ligar, encaminhar, perguntar e informar. Os resultados desvelam os mecanismos de comunicação formais e informais que se dão entre profissionais e gestores das UPA com os profissionais e gestores da APS como: reuniões, encontros, encaminhamentos, referência e contra- referência, prontuário eletrônico, e-mail e telefone.

As organizações de saúde são moldadas por crenças e valores de quem as constituiu, que de forma coletiva expressam suas opiniões, estabelecem normas, manuais técnicos e procedimentos, utilizando recursos e geram produção. (JERICO; PERES; KURCGANT, 2008). Segundo as autoras, a cultura organizacional resulta das crenças e valores que orientam a tomada de decisão em todos os níveis de gestão. As pessoas passam a maior parte de suas vidas em organizações sociais, pessoais e profissionais, e precisam entender como elas estão estruturadas como formação, comunicação e a hierarquia estabelecida. (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Cada organização tem uma estrutura formal e outra informal, sendo que a formal recai sobre as posições organizacionais e o poder formal, diferente da organização informal que está concentrada nos funcionários, nas relações estabelecidas e no poder informal. (EDUCATION PORTAL, 2003-2013).

Na pesquisa são relatadas algumas **formas de comunicação informal** como: **o contato pelo telefone**, que muitas vezes não tem o registro no prontuário

do paciente; as **relações de amizade entre os profissionais** que acabam auxiliando no momento em que precisa resolver uma situação clínica do usuário. As estruturas informais costumam ser baseadas na amizade, na parceria, poupando tempo e esforço dos profissionais, que muitas vezes recorrem para esta forma de organização devido a lacunas e ineficiência da estrutura formal, comum em grandes organizações que não tem no planejamento a reavaliação dos processos. (SCHATZ, 2013).

Este tipo de comunicação, conhecida como 'rede corredor', é entendida pelo autor como o cerne da comunicação informal, que são conversas que acontecem na hora do descanso, pelos corredores, nas pausas do trabalho, além dos *sites*, redes sociais e comunicação eletrônica como e-mail, mensagem. Para Marquis e Huston (2015), a comunicação pela rede corredor é geralmente ágil e facilita a informação em todas as direções, é difícil interrompê-la, pois não há responsabilização pelas informações transmitidas.

O município de Curitiba possui uma rede de atenção à saúde grande e estruturada, com vários profissionais em cada equipamento. Cada equipamento conta com fluxos e processos definidos a partir de comunicação informal, e que em algum momento pode solucionar ou criar problemas quando se refere ao atendimento dos usuários.

Os gestores das US estão há pouco tempo na função, a grande maioria entre três e dez anos, o que facilita em alguns momentos devido à motivação e o novo olhar sobre o processo de trabalho, mas dificulta em outros momentos devido à pouca vivência das questões organizacionais. Para Marquis e Huston (2015), a liderança tem papéis definidos no que se refere às funções administrativas associadas à estrutura organizacional como: encorajar os profissionais a obedecerem a cadeia de comando, oferecer apoio, servir de modelo de responsabilidade e comprometimento, ajudar a entender de como a missão, a visão e as metas da organização de complementam, estimular a comunicação de baixo para cima e promover a tomada de decisão de forma participativa.

A **comunicação formal** surge nos resultados das entrevistas pela a existência de **prontuário eletrônico** e a **carta,** que seria a **guia de referência e contra referência. Institucionalmente**, a presença do profissional médico na UPA, denominado **médico horizontal**, também tem como uma das atribuições promover a integração e se comunicar com os profissionais e gestores da APS.

O uso de sistemas interativos online, sistemas em rede e sistemas integrados aumentaram, as referências destes sistemas costumam ser convertidos em formato de documentos portáteis, lançadas eletronicamente via uma intranet (rede interna) que permite que os trabalhadores e setores compartilhem arquivos e informações, colaborando entre si (HUSTON, 2014). Para Marquis e Huston (2015), o incremento da tecnologia das telecomunicações pode ajudar a organização para uma comunicação eficiente, com exemplos de utilização de tecnologias como as redes sociais, mensagens de texto, e-mail e intranet.

O **prontuário eletrônico** é uma ferramenta utilizada para melhorar a integração entre os equipamentos de saúde. Desde o final do Século XX surgiram novas gerações de sistemas de informação com foco na priorização e integração de dados clínicos e administrativos, com o objetivo de aperfeiçoar e qualificar o atendimento, reduzir custos e obter informações relevantes de saúde em uma determinada região; assim, o Prontuário Eletrônico tornou-se uma ferramenta com a qual o profissional de saúde precisa lidar em suas atividades diárias. (CANÊO; RONDINA, 2014).

No parágrafo anterior, os autores mostram que as principais vantagens da adoção de um sistema informatizado são: o acesso rápido ao histórico do usuário do sistema de saúde, a facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros, a redução no tempo de atendimento, a melhoria no controle e planejamento, e a melhoria na qualidade do atendimento. Como desvantagens é citada a resistência dos profissionais da saúde quanto ao uso de novas tecnologias, o que se deve, na maioria das vezes, à falta de domínio de informática. (CANÊO; RONDINA, 2014)

Durante as entrevistas, os participantes destacaram o prontuário eletrônico como algo positivo em relação à integração de informações e continuidade do cuidado. Por outro lado, a falta de registro é apontada como grande dificuldade, tanto no que se refere à resistência do profissional que faz registros incompletos, simplificados e o não registro, quanto à falta de integração dos sistemas de informação entre a APS e o setor de internamento da UPA. Um dos principais objetivos do prontuário eletrônico é ser um instrumento de integração e comunicação, favorecendo a integralidade do cuidado, dentro da unidade de saúde e com os demais serviços de saúde do município. (GODOY; GONÇALVES; PERES; 2012).

A **carta, ou a guia de referência e contra referência foi** apontada na

pesquisa como uma dificuldade a ser superada na organização do sistema, tanto no encaminhamento feito pelo profissional da APS para a UPA, quanto na devolutiva da UPA para a APS. Alguns participantes da APS relataram experiências não exitosas com outros pontos das redes de atenção como hospitais, maternidades e centros de especialidades.

A guia de referência e contra referência pode ser feita de maneira manual ou pelo sistema informatizado, mas os participantes alertam que necessita ser elaborada uma forma de comunicação mais prática, sem burocracias, que corresponda com a realidade do cotidiano dos serviços de saúde, tanto na APS quanto na UPA. As dificuldades apontadas pelos profissionais são semelhantes às do prontuário eletrônico, como a inconsistência dos registros e a falta de informação que dificulta a resolutividade do cuidado. Dentro dos sistemas de saúde, as práticas de cuidado são fragmentadas e desconexas, o usuário vai e volta de um serviço de saúde para o outro, e muitas vezes sem solução. (BRITO et al., 2014).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2010, revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contra referência entre a APS e os demais níveis de complexidade, como: planejamento e regulação; gestão clínica; acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação; apoio logístico. Além disso, a contra referência é praticamente inexistente nas áreas estudadas, o que prejudica a integralidade e continuidade dos cuidados. (SERRA; RODRIGUES; 2010).

Com a proposta de melhorar a comunicação entre a APS e a UPA no município de Curitiba, foi incorporado à equipe da UPA um profissional denominado **médico horizontal**, que tem como função realizar o atendimento longitudinal aos pacientes que aguardam na UPA para serem internados ou que estão na observação. Este médico realiza carga horária semanal nos moldes da equipe administrativa e não em regime de plantão como os demais profissionais médicos da UPA. Além disso, este médico deve entrar em contato com a APS sempre que necessário para discutir com o profissional de saúde da US sobre a situação clínica ou social daquele usuário do serviço de saúde, e juntos pensarem e elaborarem um plano terapêutico adequado às necessidades do mesmo. Esta proposta foi apontada por muitos, durante a coleta de dados, como algo que deu certo na comunicação da APS com a UPA.

Em uma pesquisa semelhante sobre a integração, realizada com enfermeiras brasileiras, em Curitiba, os pesquisadores relatam que a implantação da enfermeira de ligação na rede municipal de saúde foi um importante passo para consolidar a integração do setor terciário com a APS. Ainda, na discussão, apontam benefícios como a garantia de continuidade do tratamento na APS e em domicilio, a elaboração de um planejamento centrado nas necessidades dos usuários, prevenindo o agravamento de sua capacidade funcional e o monitoramento do estado de saúde do usuário com maior aderência e co-responsabilização ao tratamento. (BERNARDINO et al., 2010).

5.2.2.2 Classe 2 - O acesso da população, sua relação com o processo de trabalho, vínculo e a organização dos serviços de saúde

Nesta classe, as discussões trazem uma reflexão sobre o **acesso** das pessoas ao atendimento de saúde, tanto nas unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto na Unidade de Pronto Atendimento, a partir de falas relacionadas à **organização do serviço, do processo de trabalho, do vínculo** e de questões entendidas como **culturais.** As palavras com χ^2 maior foram: esperar, ficar, demorar, motivo e tempo.

A APS caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, por meio de práticas de cuidado e de gestão, sob forma de trabalho em equipe dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2012). A APS é o primeiro contato do usuário para cada problema novo ou a cada novo episódio de um mesmo problema (STARFIELD, 2004), em outras palavras deve ser a porta de entrada do sistema de saúde quando há uma necessidade por parte dos usuários. Para que isso seja possível, a organização do processo de trabalho, pelas equipes de saúde junto com os gestores, deve estar voltada para atender às necessidades da população, e o acesso deve ser o primeiro passo a ser definido e discutido nos serviços de saúde.

O **acesso** é um dos atributos centrais da APS, junto com a continuidade (ou longitudinalidade), a integralidade (ou abrangência dos serviços) e a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2004), mas ainda é considerado precário para os usuários que utilizam os serviços públicos de saúde no Brasil, e um grande desafio para os

gestores que organizam o sistema. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como princípio possibilitar o acesso universal e continuo às pessoas, em que a US desempenha importante papel na garantia ao acesso e à assistência de saúde de qualidade para a população. (BRASIL, 2012).

Os resultados encontrados na presente pesquisa, a partir das entrevistas com gestores e profissionais de saúde mostram que: **a** Unidade de Pronto Atendimento tem um **acesso facilitado**, pois atende na hora em que o usuário procura; a **UPA tem horário ampliado de funcionamento** em relação às US, sendo 24 horas na UPA, enquanto a US está aberta no máximo 12 horas no dia; a **localização geográfica** da UPA é considerada uma facilidade de acesso aos usuários que residem ou trabalham no município; mesmo durante o horário de funcionamento da US, o **usuário procura atendimento na UPA, apesar do tempo de espera;** e, que a APS necessita de **definição de tempo para cada atendimento**.

O **acesso aos serviços de saúde** tem sido objeto de análise, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. (ASSIS; JESUS, 2012). O conceito de acesso refere-se a não restringir a entrada dos usuários nos serviços de saúde, e a facilidade do usuário em obter cuidados de saúde sempre que necessitar e da maneira mais confortável el. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Contudo, para que a APS seja considerada de qualidade, os atendimentos deverão acontecer no dia ou no máximo no dia seguinte. (CURITIBA, 2014).

Os profissionais da APS relataram dificuldade de ampliar o acesso, devido ao excesso de demanda nas US, aliado à falta de profissionais das equipes de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, e não-organização do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na APS. Segundo Murray e Berwick (2003), as filas, demoras e acesso restrito são raramente sintomas de recursos inadequados, e sim problemas de combinar a capacidade da equipe em oferecer consultas com a demanda do usuário no dia-a-dia, situação possível de se modificar com a utilização de alguns princípios de engenharia industrial, em que se poderiam reduzir filas e atrasos sem adição de recursos.

Em contrapartida, houve relato de que alguns profissionais da APS não cumprem a carga horária estabelecida pela instituição, saindo antes do seu término. Isso foi identificado no discurso dos profissionais que atuam nos serviços de

urgência e emergência do município, devido ao aumento de chamadas para atendimentos nas US a partir do final das tardes, justificada pelas equipes destas US principalmente como ausência do profissional médico.

O **acesso da UPA é facilitado**, e o usuário consegue atendimento no dia da procura, sem se importar algumas vezes com o tempo de espera. Já a APS não proporciona a garantia de atendimento no mesmo dia, seja pela falta de recursos humanos ou pela forma de organização do processo de trabalho. Uma das atribuições da UPA é fornecer retaguarda para as US em caso de emergência, mas o que ocorre no cotidiano é um número grande de atendimentos não caracterizados como emergências, e que seriam melhor atendidos na APS.

Em relação à organização do processo de trabalho a partir da agenda dos profissionais na APS, os participantes relatam que está organizada por um limite máximo e não mínimo de atendimentos, devendo ser atendido dentro do horário de trabalho do profissional, com raras exceções. Para opção de melhorar o acesso e atender as necessidades dos usuários, os enfermeiros, médicos e demais profissionais da US devem dispor de agendas abertas durante todo o turno de trabalho. (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

Uma situação de facilitação de acesso foi exemplificada no relato de uma profissional durante a entrevista, que disponibiliza o número do seu celular para as mães das crianças que são atendidas e recebe solicitações a partir de mensagens e vídeos fora do horário de trabalho. Ainda, para facilitar a comunicação, formou um grupo de mães pelo aplicativo Whattsapp, onde ela orienta a partir da necessidade da criança e da mãe.

Alguns profissionais trazem a necessidade de ter um **tempo fixo e definido** para atender os usuários, examinar com tranquilidade e ouvir todas as queixas naquele momento. De outra forma, um gestor relata que seus profissionais não definem um limite de consultas e por isso demandam poucos encaminhamentos para a UPA de referência. A flexibilização da agenda dos profissionais é uma forma de ampliar e melhorar o acesso, não determinando tempos fixos, mas a organização do dia de trabalho do profissional a partir das necessidades dos usuários, contemplando atendimentos rápidos, longos, visitas domiciliares e situações administrativas. (CURITIBA, 2013).

A organização do processo de trabalho a partir das agendas programáticas, com linhas de cuidado temáticas surgiu nas falas dos entrevistados como realidade

no município, assim como a presença da fila no início da manhã nas US como um problema vigente. Os profissionais têm clareza de que certas necessidades deveriam ser atendidas na APS e não na UPA, mas ao mesmo tempo, da maneira como estão estruturados, tanto em relação aos recursos humanos quanto ao processo de trabalho, não conseguem atender a estas demandas da população.

Dois pontos foram salientados durante as entrevistas: o **acesso geográfico** e a **diferença de horário de atendimento** entre os equipamentos como facilidades/dificuldades de acesso à população. A UPA, geralmente, está instalada em localizações estratégicas, perto de terminais e com rotas de ônibus mais acessíveis para a população em relação às US. A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, está relacionada ao tempo de deslocamento, à distância, ao transporte entre outros. (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). Há uma necessidade de ampliar o horário de atendimento da APS com foco no atendimento aos que trabalham no horário comercial e a seus dependentes, pois a maioria das US finaliza as atividades no final da tarde, dificultando o acesso dessa demanda. (SILVA et al., 2012). Além de facilitar o atendimento das situações agudas e diminuir a demanda da UPA, o horário estendido favorece o vínculo com a US e a continuidade do cuidado.

Outro resultado da pesquisa que merece destaque, presente na fala da maioria dos gestores e profissionais assistenciais, é a percepção de que a escolha do usuário está relacionada a questões culturais e ao não entendimento do usuário sobre a organização do sistema. Mostra-se com isso, o quanto os serviços de saúde precisam avançar, pois fala-se de uma APS para o 'outro', que não entende como o sistema está organizado. Mas há um descompasso entre a norma jurídica, o discurso que os profissionais, intelectuais e gestores do SUS, por um lado, e a sua prática social por outro, já que é raro que um destes se trate na US perto de sua casa. (TESSER; NORMAN, 2013).

Nesta lógica, parece ser um fardo pesado para o usuário, ele ser responsabilizado pelas lacunas e dificuldades de organização do sistema de saúde. Alega-se em alguns momentos a cultura da fila, sendo que um dos motivos desta fila pode se dever ao fato de que os serviços ofertados estão concentrados em um único período, ou pela concentração de profissionais, ou pela organização do processo de trabalho, muitas vezes a partir das necessidades dos profissionais e não dos usuários.

Quando se relaciona o vínculo com o acesso aos serviços, os participantes da pesquisa relatam que o usuário que tem acesso, que conhece a equipe e a forma de organização da APS, escolhe procurar a US mais próxima de sua casa quando precisa. Em contrapartida, o usuário que não conhece ou não consegue acesso aos serviços de saúde pela APS, seja devido ao horário de trabalho ou a organização do processo de trabalho da APS, prefere procurar a UPA diretamente. A formação do vínculo está submetida ao bom atendimento, baseado na escuta do usuário, tornando o processo da assistência resolutivo, de modo a facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, à medida que os profissionais passam a conhecer seus usuários e as necessidades de cada um. (LIMA et al.,2007).

Uma das propostas que estão sendo discutidas na Europa e nos EUA, o acesso com mais de 75% das vagas para o mesmo dia, denominada acesso avançado (MURRAY, 2003). O acesso no dia, que promove o agendamento controlado pelo paciente, em vez de consultas pré-agendadas, tem sido proposto como um compromisso mais centrado na situação, do usuário, e tem sido amplamente adotado no Reino Unido, na Administração de Saúde dos Veteranos e entre as práticas privadas dos EUA (ROSE et al., 2011).

Segundo Tesser e Norman (2013), o debate sobre acesso não foi prioridade ao longo dos anos da legalização do SUS, onde ficou restrito ao princípio genérico da universalidade, sem regulamentação específica, e que o único mecanismo relacionado ao acesso é a recomendação da média de três mil e o limite de quatro mil pessoas adscritas a cada equipe de ESF, frequentemente desrespeitado. Para o autor, somente na PNAB de 2011 há um discurso mais favorável à questão do acesso; entre os cinco fundamentos e diretrizes elencados, o segundo item é voltado para o acesso ao cuidado, ainda sem um parâmetro de normatização com regras claras.

Organizar um sistema que facilite o acesso, com formas de agendamento que permite que os usuários busquem e recebam atendimento de escolha no momento que necessitam, ao tempo em que os sistemas de agendamento tradicional organizam compromissos para datas futuras, resultando no tempo de atendimento disponível de cada médico ao usuário que está sendo principalmente agendado com antecedência; o tempo de espera pode ser longo e os usuários podem perder a consulta que foi agendada há muito tempo. Por outro lado, alguns profissionais de saúde entrevistados na pesquisa atual, especialmente da APS,

salientaram que é difícil implantar esta modalidade de acesso e os mesmos possuem a preocupação de deixar de acompanhar os usuários com condições crônicas. (TESSER; NORMAN, 2013).

5.2.2.3 Classe 3 – A integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento

Neste espaço, concentram-se as discussões sobre como acontece a integração entre a Unidade de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento. Os segmentos de texto que subsidiaram essa discussão a partir das palavras com χ^2 maior foram: integração, comunicação, processo, entender, conhecer, gestão e distrito.

Nesta classe, os resultados discutem a relação entre a APS e a UPA, partindo de uma dificuldade inicial como já explorado em outro capítulo, que é a natureza da UPA de se sobrepor aos outros equipamentos, emergência hospitalar e a APS. Esta dificuldade de origem surge nas falas de que é possível melhorar a integração por meio da gestão, seja fazendo que os **profissionais distingam o papel de cada equipamento ou que a população seja educada neste sentido**.

Os profissionais entendem a **integração como obrigação do outro serviço aceitar** a situação clínica que ele precisa resolver, mas isso nem sempre é fácil, pois não está claro quais as situações que deveriam estar em um serviço ou em outro.

Soma-se o d**esconhecimento por parte dos profissionais sobre os fluxos e ações definidas e realizadas pelos gestores, com a sugestão de que, para melhorar a relação entre UPA e US, p**oderiam acontecer trocas e vivências entre os profissionais dos dois equipamentos, e que o prontuário eletrônico é uma ferramenta importante na integração. Uma situação exemplificada por Dullak et al. (2011), sobre o sistema de saúde do Paraguai, relata que há uma desarticulação da rede assistencial, fragilidade nas condições de saúde e grande parte da população não tem acesso aos serviços de saúde da APS.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde, contudo deve haver uma harmonia entre essas necessidades e a organização do sistema, mas geralmente não é o que acontece em muitos países. (OPAS, 2011). Para os autores, a fragmentação dos sistemas de saúde aparece com a falta de coordenação entre

os níveis e pontos de atenção, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado, e em relação aos usuários que utilizam o sistema ela se expressa como a falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população.

Para o Brasil, mesmo com toda a legislação vigente, é um grande desafio a integração de forma resolutiva entre os pontos de atenção, pois no que se refere ao atendimento emergencial, o país optou por criar um serviço de atendimento intermediário, a UPA, com acesso facilitado para as situações de urgências e emergências, além das US. A UPA compõe a Rede de Urgência e Emergência (RAS) e deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento, tendo a função de retaguarda para as US e de encaminhar quando necessário para os serviços hospitalares. (BRASIL, 2011).

Muitas vezes, **a UPA sobrepõe a função que seria da APS no sistema**, atendendo situações que deveriam estar na US ou cuidando de situações que deveriam ser atendidas no âmbito hospitalar, uma mistura de ambulatório e serviço pré-hospitalar. Segundo Rodrigues et al. (2015), a UPA encontra-se superlotada, com demandas que misturam, no mesmo ambiente, pacientes em real situação de urgência e emergência, e pacientes com necessidades de atendimento de baixa complexidade. Talvez, um dos motivos seria a falta de acesso na US e a forma de organização do sistema, em que a APS tem a condição de reordenadora do sistema (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), mas nem sempre é uma realidade.

No Reino Unido, o profissional da US tem a função de filtrar o acesso aos especialistas e hospitais, exigindo da APS uma boa coordenação do cuidado. Esta atribuição está associada à forma de pagamento por capitação na lista de pessoas atendidas por cada médico e não por hora trabalhada. (GÉRVAS, 2010). O autor relata que este filtro pode ser funcional, como existe no Canadá, Alemanha, Bélgica e França, onde o médico especialista ou do hospital recebe maior remuneração se este paciente vier encaminhado pelo profissional generalista da APS, e afirma que as formas de pagamento podem determinar a atividade do profissional e consequentemente a organização do sistema. Diferentemente do Brasil, onde para a grande maioria dos profissionais de saúde, a remuneração é contabilizada por hora trabalhada e não por capitação.

Não se pode afirmar nessa pesquisa que a forma de remuneração interfere no processo de trabalho dos profissionais de saúde, ou na relação entre os profissionais, mas os dados da pesquisa demostram que há **fragilidade de integração entre a UPA e a APS,** apontada por alguns profissionais como **inexistente.** Os serviços são vistos como pontos isolados no sistema, sem comunicação, sem continuidade do cuidado, quando a APS não conversa com a UPA e vice-versa.

A integração é citada como existente em casos pontuais, a partir de uma necessidade, mas não algo que faça parte do cotidiano dos profissionais e gestores no processo de trabalho. Percebe-se que para muitos, quando se fala em integração ela é relacionada exclusivamente com o encaminhamento do usuário para outro ponto de atenção, neste caso à UPA.

Os resultados apontam que os **gestores locais referem ter facilidades de comunicação/integração** com o gestor da UPA. Em contrapartida, **os profissionais assistenciais, tanto médicos quanto enfermeiros, não reconhecem esta integração** entre as US e ainda menos com a UPA, afirmando que a integração está centralizada no gestor. Segundo Marquis e Huston (2015), a estrutura formal de uma organização causa impacto na comunicação, as pessoas de níveis inferiores na hierarquia organizacional correm o risco de receber uma comunicação inadequada de parte dos níveis superiores, isso se deve à quantidade de níveis em que se filtra a informação, a distância espacial e a presença de subgrupos que afetam as mensagens a serem transmitidas e a forma como são percebidas.

A estrutura da SMS de Curitiba é complexa e está organizada com os gestores do nível central (superintendência, departamentos), os gestores do Distrito Sanitário e os gestores locais, US e a UPA. O que talvez aconteça, é que a informação discutida no nível central alcance o nível local (gestores locais e profissionais) de forma fragmentada. Um dos resultados destaca que o processo de trabalho dos serviços está centralizado no gestor ou em um determinado profissional, e quando este é remanejado para outro serviço as ações deixam de acontecer.

Neste sentido, restam dúvidas se isto se deve à centralização das informações ou da cultura organizacional daquele lugar, se são as experiências destes profissionais que o diferenciam dos demais. Durante a coleta de dados,

percebeu-se que alguns profissionais conseguem de maneira mais fácil entender a organização do sistema e suas fragilidades, seja pela leitura ou pelas próprias experiências profissionais, pois muitos atuam ou atuaram em diferentes equipamentos de saúde, ampliando desta forma a visão da rede de atenção e o relacionamento entre estes equipamentos.

Para alguns profissionais, uma das maneiras de justificar as lacunas de **integração está na falta de entendimento do usuário sobre a organização do sistema.** Sobre este tema ocorre divergência entre os participantes da pesquisa que compõem a gestão. Um deles afirma que se o usuário entendesse os limites entre um serviço e outro, melhoraria este problema; o outro diz que é responsabilidade é de quem organiza o sistema e não do usuário que busca resolver o seu problema.

Os **profissionais sugerem formas para melhorar a relação entre a US e a UPA,** sendo que algumas já foram discutidas em outro capítulo, como: comunicação formal e informal. Sugerem que sejam realizados encontros entre gestores, e entre profissionais da US com profissionais da UPA como estratégia para troca de conhecimento, de reconhecimento das diferentes realidades com o intuito de melhorar a integração com foco no cuidado do usuário. Apontam também que algumas dificuldades precisam ser superadas como o registro no prontuário eletrônico e na guia de referência e contra referência com dados completos sobre o cuidado prestado ou o motivo do encaminhamento para o outro equipamento.

Além disso, propõem dimensionar o número de pessoas que trabalham nas US e na UPA, e se necessário contratar mais profissionais por meio de concurso público; os profissionais da US trabalhar por um período na UPA e vice-versa, com o objetivo de aproximar, conhecer a realidade do outro e trocar experiências; realizar reuniões entre os profissionais assistenciais para discutir casos e fluxos de atendimento , compreendendo que entre gestores isso já acontece; implantar a contra referência via sistema informatizado, mas de maneira simples e prática, considerando a rotina dos serviços.

5.2.2.4 Classe 4 – As funções da Unidade de Saúde e da Unidade de Pronto Atendimento na rede de atenção à saúde

Neste capítulo, as discussões trazem uma reflexão sobre a percepção dos profissionais e gestores sobre as funções da Unidade de Saúde e da Unidade de

Pronto Atendimento, considerando a implantação dos serviços, a organização e a complexidade de ambos. As palavras com χ^2 maior foram: urgência/emergência, prevenção, promoção, crônico, atendimento, acompanhamento e distinguir.

Como resultado da pesquisa para esta discussão: a maioria dos profissionais e gestores **tem clareza em afirmar que as atribuições da UPA são atendimentos de urgências e emergências;** quando os participantes referem-se à **APS as respostas são diversas, mas a grande maioria identifica que sua principal função são as ações de promoção e prevenção à saúde;** os participantes relatam que há **sobrecarga de atendimento de baixa gravidade na UPA;** que o cuidado na **APS deve estar voltado aos usuários com condições crônicas e não às situações agudas;** que ocorre **maior resolutividade na UPA** em relação à APS; e, que o **vínculo é o diferencial entre os dois equipamentos.**

A partir destes resultados, é importante questionar se o usuário de baixa gravidade (o que não quer dizer que não tenha uma necessidade premente) não deveria ser atendido prioritariamente na APS ao invés da UPA, e sobre como eles acessam a UPA com problemas comuns, considerando as formas de organização idealizadas pelos profissionais. Segundo Starfield (2004), a APS refere-se a um conjunto de propostas assistenciais, com vistas a resolver problemas comuns da população.

Em Curitiba, na segunda metade dos anos 2000, houve uma diminuição na produtividade de consultas médicas e de enfermagem, procedimentos como suturas, pequenas cirurgias, inserção de DIU, drenagem de abscessos, entre outros, ao tempo em que houve uma expansão de profissionais e dos números de US. (MASSUDA; POLI NETO, 2015). O foco em programas e não em pessoas e a ideia de que para promover saúde é preciso estar longe do cuidado clínico, dos problemas mais comuns ainda é considerado um dilema. (POLI NETO, 2012).

Segundo Gérvas e Fernandez (2011), a APS no Brasil, de modo geral, persiste com a visão vertical de programas e protocolos, repercutindo em um modelo rígido e fragmentado na rede de atenção à saúde, com ênfase na visão preventiva e escasso desenvolvimento das ações clinicas. Esta forma de organizar a APS, de forma seletiva e em grupos prioritários, fez com que usuários sintomáticos, na maioria com casos leves, procurassem as UPA.

Percebe-se pelo discurso dos participantes da pesquisa que a US deveria ter como foco principal a prevenção e a promoção dos agravos. Ao mesmo tempo, os

participantes relatam que na UPA há sobrecarga de atendimentos classificados como baixa gravidade ao serem caracterizados como verdes e azuis pelo protocolo de classificação de risco utilizado, e que estes usuários seriam melhor atendidos na APS devido à necessidade de continuidade do cuidado, resolutividade e vínculo. Contraditoriamente, ressaltam que o processo de trabalho da US deve ser organizado com foco na profilaxia e nos usuários com condições crônicas, mas sem manifestar a importância de garantir espaço para as situações agudas, a não ser em caso de risco iminente de vida.

Pesquisa realizada na região Sul do Brasil em 2010, com cuidadoras de crianças menores de um ano atendidas na UPA, apontou fragilidade da coordenação da APS e obstáculos às portas de entrada aos serviços ofertados na APS, relacionados às formas de organização. Na mesma pesquisa, a UPA foi considerada prioritária na busca por atendimento às crianças, mesmo em casos de menor gravidade, impedindo desta forma a longitudinalidade do cuidado e contribuindo para um modelo focado na medicalização. (SILVA et al, 2014).

Em relação às ações de prevenção e promoção à saúde, consideradas fundamentais para a APS ser efetiva, enfatizou-se que uma das funções atribuídas à APS seria de evitar que os usuários adoeçam. Mas questiona-se: até que ponto as ações de promoção e prevenção, organizadas pelos profissionais e gestores na US, podem evitar que as pessoas adoeçam, se a maioria das atividades realizadas pela APS envolve a prevenção e promoção da saúde, por meio de ações focadas e programáticas?

Conforme Geoffrey Rose (2010), para as estratégias de prevenção serem efetivas elas não deveriam concentrar-se em indivíduos de alto risco, mas também lidar com a distribuição da população, abrangendo-a como um todo. Alguns exemplos desta estratégia são: a adição de flúor à água, de ferro à farinha de trigo, a obrigatoriedade do uso de cinto de segurança e a proibição da ingesta de bebida alcoólica associada à direção, sendo que tais medidas afetam a população como um todo, independente do risco basal individual. (NORMAN, 2015). A desvantagem da estratégia populacional, apontada pelo mesmo autor, é que cada participante individualmente tem pouco benefício, visto que sua susceptibilidade é baixa e a intervenção é disseminada na população.

Sabe-se que é difícil mudar paradigmas e um dos temas que deve ser discutido é o da prevenção, entendendo que o foco da APS não está somente na

lógica das consultas periódicas e no rastreamento populacional, como na solicitação de exames como mamografia, papanicolau ou qualquer outro exame, mas principalmente no usuário e nas suas principais necessidades. (GUSSO, 2011).

Em algumas entrevistas, os participantes relataram que ocorrem distorções nos sistema de saúde, e que devido a isto, precisam atender os usuários com queixas agudas na APS, e também dividir os atendimentos em demandas agudas, que são atendidas no dia ou encaminhadas para os UPA, e demandas crônicas que geralmente são agendadas para datas futuras.

Em estudo descritivo e exploratório português e espanhol realizado por Oliveira e Mesquita (2013), os resultados apontaram que há uma prática tendenciosa de encaminhamento de usuários sob agravos de urgência e emergência para os serviços de atenção secundária e/ou terciária, sem ao menos estabilizá-los, colocando em risco a vida dos que procuram a atenção primária como referência em assistência. Além disso, aponta-se a dificuldade de atuação dos profissionais da APS no atendimento de urgência e emergência devido à falta de treinamento e de infra-estrutura.

Alguns gestores afirmam que a US deve oferecer o primeiro e continuado acesso aos problemas comuns que afetam a população. O acesso ao atendimento na UPA é facilitado, pois o usuário que procura a unidade de urgência, além de viabilizar a consulta médica no mesmo dia, consegue resolver o seu problema imediato. A demanda espontânea, motivada pela queixa do doente e consultada pelo médico, passa a ser a principal demanda da organização do sistema de saúde, mas cabe à APS proporcionar atendimento para os usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência. (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES; 2014).

Para os autores, na rede hierarquizada de serviços, espera-se que a UPA atenda casos de urgência e emergência. Mas na realidade, essas unidades são procuradas para consultas que deviam ocorrer nas UBS, o que nos leva a inferir que a UPA atua como unidade facilitadora de acesso ao sistema de saúde.

Segundo Souza et al. (2010), que o usuário procura a UPA pois não se consegue vaga na US, devido à demora no agendamento das consultas, interferindo com isso no seguimento da assistência à saúde e no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional. Além disso, compromete a longitudinalidade e a integralidade da atenção prestada. No que se refere à organização do sistema, dois

participantes da pesquisa, sendo um gestor e outro profissional da assistência, entendem que a organização do sistema depende de decisão política e de gestão, tanto no que se refere à organização do serviço quanto investimento de recursos financeiros e/ou humanos.

Um deles destaca que é preciso definir de forma clara para a população e profissionais, quais as situações emergenciais que serão atendidas na UPA, sugerindo que apenas os casos classificados segundo o protocolo de classificação de risco como amarelo, laranja e vermelho poderiam ser atendidos nos serviços de emergência; e os demais, classificados como verdes e azuis, deveriam ser encaminhados para a US de referência. Experiências internacionais, como por exemplo na Inglaterra, as US funcionam até as 22 horas, abrindo nos finais de semana, entendendo que os usuários de baixo risco procuram atendimento durante o dia. (CORDEIRO JUNIOR, 2016). Considerar a UPA como um espaço da APS, poderá ser uma estratégia para contribuir no aumento do atributo da continuidade do cuidado, pelo não atendimento na UPA durante o dia enquanto as US estão abertas, podendo fortalecer o vínculo quando a escala da UPA esteja organizada com os próprios profissionais da APS do território.

Outro aspecto importante é sobre a complexidade da APS e os serviços ofertados por ela para a população, pois durante a pesquisa os profissionais alertaram que no imaginário dos usuários, a UPA fornece maior complexidade de serviços e resolutividade no atendimento. Ainda, a UPA está mais preparada para atender as situações de emergências e tem maior investimento da gestão em equipamentos, recursos humanos e estrutura física. Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, aponta para a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais para operacionalizar no que se refere a classificação do risco e também sobre a reestruturação dos serviços de referência e contra referência, sugere também utilizar a escala de dor para aprimorar o conhecimento acerca da queixa mais frequente, classificadas de baixo risco. (TOMBERG et al., 2013).

Os participantes da pesquisa reforçam que a fortaleza da APS está no vínculo estabelecido pela equipe de saúde com a população de referência da US. Além disso, a importância do atendimento longitudinal da APS, onde os usuários são atendidos pelos mesmos profissionais e podem voltar quando precisarem. (CURITIBA, 2014).

Assim, a APS define-se como um conjunto de ações que ultrapassam a

assistência, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades, a partir do estabelecimento de vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Este enfoque contrapõe-se ao da UPA, que a cada dia de trabalho tem uma escala com profissionais diferentes, que desconhecem o território e as famílias que ali vivem, tendo assim, dificuldade de estabelecer vínculo e manter continuidade do cuidado.

5.3 MODELO ASSISTENCIAL DE INTEGRAÇÃO ENTRE A US COM A UPA

O modelo assistencial resulta de um processo dinâmico e multifatorial, sofre influências de uma rede de fatores da esfera micro e da macro, são processos como os movimentos cotidianos do trabalho em saúde, como as relações entre as pessoas, os envolvimentos e a coresponsabilização de gestores, profissionais de saúde e usuário. (FERTONANI et al., 2015).

O modelo assistencial não pode ser entendido apenas como um desenho ou fluxo organizacional, mas sim o modo como as ações assistenciais são produzidas e como os envolvidos, profissionais e gestores, organizam-se para que ele aconteça. (TRINDADE; PIRES, 2013).

A busca por um modelo assistencial que esteja direcionado para as necessidades dos usuários, aliado aos princípios do SUS. Neste sentido, as duas propostas apresentadas nesta pesquisa são desafiadoras no contexto atual.

O primeiro modelo assistencial proposto não terá grandes mudanças estruturais na rede de atenção à saúde do município, e sim mudanças no processo de trabalho na US e na UPA, sendo que algumas mudanças propostas foram a partir de lacunas e sugestões dos participantes da pesquisa, como por exemplo, a ampliar a integração com melhorias no sistema, necessidade de acompanhar o paciente que procurou a UPA, e integrar os profissionais da US com a UPA, entre outros.

O segundo modelo assistencial propõe uma mudança maior, envolvendo a estrutura e mudança de paradigma dos gestores e profissionais de saúde. Assumindo a APS como ordenadora do cuidado, romper com barreiras de acesso na APS, entretanto, será necessário dimensionar os número de profissionais das US, discutir amplamente com as equipes de saúde sobre acesso, a oferta de serviços e

o sobre a importância de empoderar a APS, para assumir efetivamente o seu papel na rede de atenção à saúde.

Segundo Quinn et al. (2012), as mudanças bem-sucedidas na própria organização promovem aprendizado para o gerenciamento da ação pretendida, considerando que os aspectos da cultura organizacional podem ser obstáculos no processo. A resistência também pode ser causada por rotinas padronizadas, fatores estruturais como recursos limitados, entre outros. Entender este processo é fundamental para quem organiza e implementa a mudança, pois precisará planejar para não modificar algo erroneamente, saber como será implementado e antecipar consequências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retomam-se os principais resultados da pesquisa, suas limitações, desafios, contribuições e avanços. Apontam-se, ainda, as necessidades de aprofundamento do tema e recomendações futuras. A pesquisa atingiu seus objetivos, já que a elaboração do modelo assistencial trouxe duas propostas a serem viabilizadas, conforme o contexto em que se insere. Este modelo considerou os resultados das rodas de conversa e das entrevistas, assim como os atributos da APS.

Na busca pela compreensão da relação estabelecida entre a Unidade de Saúde com a Unidade de Pronto Atendimento, foram encontrados aspectos relacionados à comunicação, ao acesso da população aos serviços de saúde, ao processo de trabalho e ao entendimento das funções de cada equipamento na rede de atenção à saúde.

A pesquisa aponta que a integração entre a APS e a UPA mostra-se frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços que compõe a rede assistencial à saúde. Além disso, identifica uma indefinição das funções de cada equipamento, tanto por parte dos gestores que organizam o sistema, dos profissionais que atuam diretamente na assistência e dos usuários que buscam atendimento.

A forma de organização do processo de trabalho da APS pode criar barreiras de acesso aos usuários que encontram na UPA a porta aberta mesmo para os problemas mais prevalentes e que não representam risco de morte iminente. Ao mesmo tempo em que os usuários buscam seu atendimento na UPA, no horário em que precisam, as equipes da APS, muitas vezes organizam a oferta de serviços e o processo de trabalho sem levar em consideração esta realidade.

No entendimento de muitos profissionais, a APS não deveria atender situações agudas, mas focar em ações de promoção e prevenção de doenças, entretanto estes de forma contraditória, afirmam que não seria função da UPA atender situações de menor risco (emergências). As barreiras de acesso podem estar relacionadas à maneira de organizar o serviço, mas os relatos dos pesquisados afirmam também a falta de recursos.

Em contrapartida a UPA desde a sua origem foi organizada para facilitar o acesso à população, considerando estas questões no processo de trabalho e localização geográfica. A percepção dos usuários na roda de conversa apontam

estas facilidades, como o horário de funcionamento, sua localização perto de terminais de ônibus e a grande oferta de consultas no momento em que precisa de atendimento.

Dentre as preocupações apontadas pelos profissionais e gestores, destaca-se a descontinuidade do cuidado na UPA e a sua desconexão com a APS. Como motivos, a alta rotatividade dos profissionais médicos e a falta de integração por parte das equipes de enfermagem. A pesquisa recomenda o aprimoramento das ferramentas de integração já existentes na rede municipal, como o prontuário eletrônico, mas também a promoção de formas presenciais de comunicação e integração entre os profissionais.

Outra questão, que a dificuldade de comunicação e integração entre a APS e UPA esteja relacionada a uma sobreposição de funções como discutidos nesta pesquisa, nesse caso não bastariam medidas de aproximação no modo de funcionamento dos equipamentos atualmente. Os dois modelos propostos apontam para um redesenho da reorganização da rede de serviço e atenção ás urgências. Em ambos, há uma expansão da carga horária da APS à noite e finais de semana e uma diminuição ou extinção da UPA. A APS passa assumir o atendimento fora de horário nos casos de urgência e os hospitais se responsabilizam por receber os casos que necessitam de uma intervenção com maior densidade tecnológica (cirurgias, hemodinâmica, terapia intensiva, imagens como tomografia e ressonância), a exemplo de inúmeros países como Espanha, Holanda e outros.

Sobre as limitações do estudo, foi o de ajustar o tempo da coleta de dados com a disponibilidade do serviço. E como facilidade a disponibilidade dos gestores e profissionais para participar das entrevistas.

Outros estudos que contribuirão nesta temática são relacionados ao processo de trabalho desenvolvido na APS, sobre a relação de outros pontos de atenção da RUE com a UPA, como o SAMU e rede hospitalar, sobre a avaliação e implantação do modelo proposto.

Como produto do Mestrado Profissional em Enfermagem, a pesquisa proporcionou uma visão mais crítica da forma como o sistema de saúde está organizado, e com as leituras contribuiu no desenvolvimento de outras ações do serviço.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P de. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev Gaúcha Enferm**., v.33, n.2, p.146-152, Jun. 2012.Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20780>. Acesso em: outubros de 2015.

ACOSTA , A. M.; LIMA, M. A. D. da S. características de usuários frequentes de serviço de urgência: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf**., v.15, n.2, p.564-573, Abr./Jun.2013. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf>. Acesso em: set 2015

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: agosto 2015

AZEVEDO, D. S. da S.de.; TIBÃES, H. B. B.; ALVES, Á. M. T. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. **Rev enferm UFPE online**, v.8, n.10, p.3306-3313, Out. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4898>. Acesso em: 01 jan.16.

BRASIL. Lei n° 8080 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 1 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 04 maio de 2014

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica nº 39) / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 13 junho 2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria n°4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, n. 193, 07 dez. 2011. Seção 1, p. 56. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 12 junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria n. 342, de 04 março de 2013 que redefine as diretrizes para implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html>. Acesso em: 8 set 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 193, de 6 out. 2003. Seção 1, p. 56. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Regulamento Técnico de sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 05 nov. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 12 set 2014.

BERNARDINO, E.et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev. bras. Enferm**, v.63, n.3, p. 459-463, Mai/Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>. Acesso em: 8 outubro 2015.

BRITO, M. da C. C. et al. Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.6, n.3, p. 1128-1138, Jul. 2014. Disponível em: Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf_1368>. Acesso em: 12 out 2015.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. **Rev. Psicol. LIBERABIT**, v. 20, n. 2, p.229-38, 2014. Disponível em: <http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_20_2_representacoes-sociais-e-adesao-ao-tratamento-antirretroviral.pdf>. Acesso em: 12 set 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Rev. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013a. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 01 jan. 2015.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **J. Health Inform.**, v.6, n.2, p. 67-71, Abr/Jun. 2014. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>. Acesso em: 12 novembro de 2015

CARVALHO, G.; MEDEIROS, J. Redes assistenciais no SUS – financiamento e alocações. In: SILVA, S.F. (ORG). **Redes de Atenção à Saúde, desafios da regionalização no SUS.** Campinas, SP: Saberes editora, 2013. p. 118-158

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: _____. **Politicas de Saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012. p.173 -196

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. 3. ed. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p.197-210.

CHARTIER, J.F.; MEUNIER,J.G. Text Mining Methods for Social Representation Analysis in Large Corpora. **Papers on Social Representations,** v. 20, n. 2, p.1-47, 2011. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>. Acesso em: 9 set. 2015.

CORDEIRO JUNIOR, W. Uma visão crítica sobre a política das UPAs. **LinkedIn Pulse.** Jan. 2016. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/uma-vis%C3%A3o-cr%C3%ADtica-sobre-pol%C3%ADtica-das-upas-welfane-cordeiro-junior>. Acesso em: 24 jan. 2016.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam**

Comunidade, v.8, n.27, p.90-96, Abr./Jun. 2013. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530/552>. Acesso em: 01 set 2015.

CURITIBA. **Instituto de pesquisa e planejamento urbano de Curitiba.** Curitiba em dados. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. **Secretaria Municipal de Curitiba**. A Secretaria: história de Curitiba. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/equipe>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. **Secretaria Municipal de Curitiba**. A Secretaria: rede de serviços. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/equipe>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde**. Boletim informativo da APS. Curitiba, 2014e. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/boletim%20APS/Boletim%20APS.pdf>. Acesso em: 20 ago.14.

CECÍLIO, L. ACS: potência a desatar na Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde da Família,** ano 1, n. 1, p. 61, Set/Dez. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia35_36.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p.197-210.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920.** Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicacion Científica nº 93, p. 0-38, Fev.1964.

DULLAKI, R. et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2865-2875, Jun. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf>. Acesso em: 12 out 2015.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., v.21, n.spe, p.131-139, Jan/Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 869-1878, Jun.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. Una Atención Primaria fuerte en Brasil. **Informe sobre cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia.** Equipe CESCA, Espanha, 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/SBMFC_relatorio%20final.pdf>. Acesso em: 2 nov 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf >. Acesso em: 02 maio 2014.

GODOY, J. S. de M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **J. Health Inform**, v.4, n.1, p.3-9, Jan/Mar. 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146/106>. Acesso em: 12 outubro de 2015.

GUSSO, G.D.F. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Rev bras med fam comunidade**, v.6, n.19. p.97-101, Abr/Jun. 2011. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/378/306>. Acesso em: 2 nov 2015.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p. 1649-1659, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>. Acesso em: 2 jul 2014

HUSTON, C.J. Techonology in the health care workplace: benefits, limitations, and challenges. In:_____. **Professional issues in nursing:** challenges and opportunities. 3. Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins, 2014. p. 214-227. Disponível em: <http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Professional%20Issues%20in%20Nursing%20Challenges%20and%20Opportunities-2014-CD.pdf>. Acesso em: nov de 2015.

JERICO, M. de C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Organizational structure of nursing services: reflections on the influence of the organizational power and culture. **Rev. esc. enferm. USP,** v.42, n.3, p. 569-577, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a21.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2015.

KNIGHT, A.; LEMBKET, T. Appointments 101 How to shape a more effective appointment system. **Aust. fam. physician., Jolimont**, v.42, n.3, p.152-156, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529528>. Acesso em: 25 set. 2015.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências:** a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro. 2013. 107 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde

Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:< http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:meCp624Foe4J:bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D3445+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 10 set 2015

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_35394592.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. **Variances,** n. 3, p. 13-24, 1994. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse_lexicale_%28lsero%29.pdf>. Acesso em: 11 Ago.15.

LIMA, L.D; QUEIROZ, L.F.N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (ORG). **Políticas de Saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. 1 ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LIMA, M. A. da S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan./mar. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1.pdf>. Acesso em: 13 julho de 2015.

LOWEN, I. M. V. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da estratégia saúde da família. 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Concentração Prática Profissional de Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/37235/R%20-%20D%20-%20INGRID%20MARGARETH%20VOTH%20LOWEN.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 15 fev 2015

MACHADO, C. V.; BABTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. V. **Metodologia científica.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e prática. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MELO, L. A Saúde da Família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde!. **Revista Brasileira Saúde da Família,** ano 1, n. 1, p. 40-50, Set/Dez. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia35_36.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: organização Pan-Americana da saúde, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf >. Acesso em: 20 nov. 2014.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf >. Acesso em: 12 set 2015.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate** , v.27,n.65, p.316-323, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>. Acesso em: 2 jul 2014

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA, Chicago (EUA),** v. 289, n. 8, p. 1035-40, p. 1035-40., Feb. 2003. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196024>. Acesso em: 14 jul.15 .

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

NORMAN, A. H. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-3, Jan/Mar 2015. Disponível em: < http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1092/684>. Acesso em: 01 jan. 16.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**., v. 66, n. spe, p.158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 4 set 2014

OLIVEIRA, T.A.; MESQUITA, G.V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **R. Interd**., v.6, n.2, p.128-136, Abr./Mai./Jun. 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56/pdf_3>. Acesso em: 10 out 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. da. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499,

out./dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf> Acesso em: 01 nov. 2014.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde.** Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf>. Acesso em: 15 jul 2015.

PARAVISI, A. P. et al. Discutindo o sistema único de saúde: rodas de conversa numa experiência extensionista. In: 76ª Semana Brasileira de Enfermagem 11ª Semana de Enfermagem ABEn, 2015, SC - Núcleo Chapecó. **Anais.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. v.11, n.3, p.32-33, Ago/Out 2015. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150727_130842.pdf>. Acesso em: 30 jan 2016.

POLI NETO, P. Vinte anos da ESF: pontos para se comemorar, outros para se preocupar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 1, n. 1, p. 58, Set/Dez. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia35_36.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

QUINN, R. E. et al. **Competências Gerenciais a abordagem de valores concorrentes na gestão.** Tradução de: ALMEIDA, R. S. de. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RODRIGUES, A. P. B. et al. Nursing staff´s conceptions of user embracement with risk classification. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v.8, n. 8, p. 2626-2632, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.sigaa.ufpi.br/sigaa/verProducao?idProducao=638783&key=526caab6b89f9c3520d9dfd223bae54d. >. Acesso em: 12 nov 2015.

RODRIGUES, A.P.B. et al. Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. **Rev enferm UFPE online**, v.8, n.8, p.2626-2632, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6619 >. Acesso em: 23 ago. 2014.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. 2 ed. São Paulo: editora Atheneu, 2011.

ROSE K. D, ROSS J. S, HORWITZ L. I. Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. **Arch Intern Med.,** v. 171, n. 13, p. 1150-1159, July. 2011. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/51075889_Advanced_Access_Scheduling_Outcomes_A_Systematic_Review >. Acesso em:

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva.** 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: marco legal. In: SILVA, S. F. (ORG). **Redes de Atenção à Saúde, desafios da regionalização no SUS.** 2 ed. Campinas, SP: Saberes editora, 2013. p. 22-34.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva,** v.15, s.3, p. 3579-3586, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

SILVA, S. F. Requisitos básicos de implantação de redes de atenção à saúde. In: SILVA, S. F. (ORG). **Redes de Atenção à Saúde, desafios da regionalização no SUS.** 2 ed. Campinas, SP: Saberes editora, 2013. p. 91-101.

SILVA, S. F.; JUNIOR, H. M. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (ORG). **Redes de Atenção à Saúde, desafios da regionalização no SUS.** 2 ed**.** Campinas, SP: Saberes editora, 2013. P. 75-90.

SOUZA, M. de F.; FIGUEIREDO, L. A. de; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p.13-20, Jan/Mar. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5242/5731>. Acesso em: 3 out 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf >. Acesso em: 2 abr 2014

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, jul./set. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>. Acesso em 24 nov. 2014.

TOMBERG, J.O. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Cienc Cuid Saude,** v. 12, n.1, p. 080-087, Jan/Mar., 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94574/000913307.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 nov. 2014.

TRINDADE, L. de L.; PIRES, D. E. P. de. Implications of primary health care models in workloads Of health professionals. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.36-42, Jan/Mar 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/05.pdf>. Acesso em: 21 nov de 2015.

VIANA, M. R. P. et al. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n. esp.1, p. 624-30, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a11.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

a) Data de nascimento: _____

b) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

c) Idade_____

d) Curso de graduação: _____

e) Tempo de formado: _____

f) Curso de Pós- Graduação:
( ) não ( ) sim. Qual?_____

g) Função que exerce no momento na Secretaria Municipal de Saúde: ( ) gerencial ( ) assistencial. Quanto tempo: _____

QUESTÕES:

1.Quais as atribuições da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)?

2.Quais as atribuições da Unidade de Saúde?

3.Que características distinguem a UPA da UBS?

4.Na sua percepção, como acontece a integração da UPA com a US? Facilidades e dificuldades

5.Quais os motivos que levam o usuário a procurar atendimento na US ou na UPA?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR

Nós, Carla Da Ros e Aida Maris Peres, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, para participar de um estudo intitulado “Integração de Serviços e de Informações na Rede de Urgência e Emergência”. A sua participação é fundamental para o fortalecimento das ações estratégias e linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Urgência e Emergência em Curitiba – PR.

O objetivo desta pesquisa é mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência com a atenção primária à saúde do município de Curitiba - PR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a algumas questões que lhe serão feitas em uma sala reservada do seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta a quarenta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

A entrevista tem como finalidade de caracterizar o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com vistas ao mapeamento organizacional da RUE. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Espera-se com esta pesquisa possa apoiar no planejamento de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados na RUE. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

As pesquisadoras Carla Da Ros, mestranda, enfermeira e a ProfªDrªAida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: carlaros77@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 99413099 ou no telefone residencial (41) 3262 2775 ou o comercial (41) 3350 9392 no Departamento de Atenção Primária à Saúde (Rua Francisco Torres 830) Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 08h-17h) ou ainda no Departamento de

Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
Rubricas:

Participante da Pesquisa_____
Pesquisador Responsável_____ Orientador_____Orientado_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240. Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando- se completamente o seu anonimato.

Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu,_____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão;

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ Local e data Curitiba, __/__/__

(Assinatura do participante de pesquisa)

_____

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Participante da Pesquisa_____

Pesquisador Responsável_____

Orientador_____ Orientado_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240. Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICO E ENFERMEIRO

Nós, Carla Da Ros e Aida Maris Peres, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, Enfermeiro e Médico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, para participar de um estudo intitulado “Integração de Serviços e de Informações na Rede de Urgência e Emergência”. A sua participação é fundamental para o fortalecimento das ações estratégias e linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Urgência e Emergência em Curitiba – PR.

O objetivo desta pesquisa é mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência com a atenção primária à saúde do município de Curitiba - PR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a algumas questões que lhe serão feitas em uma sala reservada do seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta a quarenta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

A entrevista tem como finalidade de caracterizar o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com vistas ao mapeamento organizacional da RUE. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Espera-se com esta pesquisa possa apoiar no planejamento de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados na RUE. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

As pesquisadoras Carla Da Ros, mestranda, enfermeira e a ProfªDrªAida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: carlaros77@gmail.com ou amaris@ufpr.br, telefone (41) 99413099 ou no telefone residencial (41) 3262 2775 ou o comercial (41) 3350 9392 no Departamento de Atenção Primária à Saúde (Rua Francisco Torres 830) Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 08h-17h) ou ainda no Departamento de

Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa_____
Pesquisador Responsável_____
Orientador_____ Orientado_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240. Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando- se completamente o seu anonimato.

Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu,_____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão;

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ Local e data Curitiba, __/__/__

(Assinatura do participante de pesquisa)

_____

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Participante da Pesquisa_____

Pesquisador Responsável_____

Orientador_____ Orientado_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240. Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APENDICE 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E DE INFORMAÇÕES NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Pesquisador: Aida Maris Peres
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 33867114.0.0000.0102
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 823.474
Data da Relatoria: 08/10/2014

Apresentação do Projeto:
Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado profissional) tendo como pesquisadora responsável e orientadora Prof.ª Aida Maris Peres e os pesquisadores Andressa Paola de Oliveira Queiroz, Carla da Ros, Jessika Rodrigues Rocha, Roselena Cardoso Vilena, Ana Carla Lemos Hipolito.
Para o desenvolvimento da presente pesquisa, os autores partem do pressuposto do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Compondo essa rede complexa e integral, o sistema dispõe de um serviço de urgência e emergência (RUE) institucionalizado em julho de 2011. Constituem partes do serviço de emergência e urgência as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a Atenção Primária à saúde (APS).
A pesquisa do tipo quali/quantitativa será realizada na UPA e nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista, sendo escolhido por ser a unidade que realiza o maior número de atendimentos/dia no município. Os participantes desta pesquisa serão: usuários ou acompanhantes com idade superior a 18 anos e atendidos na UPA Boa Vista ; médicos e enfermeiros que atuam nesta UPA e nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Boa Vista e gestores

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Distrito Sanitário Boa Vista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Avaliar a integração entre os serviços de saúde e as informações relacionadas à Rede de Urgência e Emergência Objetivos secundários:

-Caracterizar e identificar o perfil e a demanda dos pontos de atenção à saúde na Rede de Urgência e Emergência em Curitiba-PR.

- Identificar dados e informações relevantes para a Rede de Urgência e Emergência disponibilizada pelo Sistema de Informações em Saúde municipal;

- Descrever o fluxo de informação e comunicação entre a Atenção Primária à Saúde e os Serviços de Urgência e Emergência.

- Reconhecer o itinerário terapêutico percorrido por usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família.

-Mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência no município de Curitiba-PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam como eventual risco a possibilidade de constrangimento em algum momento do questionário, tendo como minimização para este risco a liberdade do participante se recusar em responder alguma pergunta que lhe cause o constrangimento. Como benefícios atestam a possibilidade dos resultados da pesquisa servirem como base para fomentar a discussão sobre a organização da Rede de Atenção de Urgências e Emergências nos seus diferentes pontos de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitações de inadequações e/ou pendências devidamente atendidas pelos pesquisadores.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 08 de Outubro de 2014

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br