

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SUEIDI VIDAL DA SILVA

CONECTANDO O CUIDADO:

UM OBSERVATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRANDO SAÚDE DA FAMÍLIA E
SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS A PARTIR DE UM ESTUDO DE
CASOS MÚLTIPLOS

CAMPO GRANDE
2025

SUEIDI VIDAL DA SILVA

CONECTANDO O CUIDADO:

**UM OBSERVATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRANDO SAÚDE DA FAMÍLIA E
SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS A PARTIR DE UM ESTUDO DE
CASOS MÚLTIPLOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla.

CAMPO GRANDE

2025



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO

Aos vinte e sete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e cinco, às quinze horas e trinta minutos, por Videoconferência, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Alcindo Antonio Ferla (UFRGS), Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UFMS) e Marcio Mariath Belloc (UFPA), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **SUEIDI VIDAL DA SILVA**, CPF ***.463.131-**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título **"UM OBSERVATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRANDO SAÚDE DA FAMÍLIA E SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS"** e orientação de Alcindo Antonio Ferla. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR:

Dr. Alcindo Antonio Ferla (Interno)

Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Interno)

Dr. Marcio Mariath Belloc (Externo)

Dra. Andreia Insabralde de Queiroz Cardoso (Interno) (Suplente)

Dr. Gabriel Calazans Baptista (Externo) (Suplente)

RESULTADO FINAL:

Reprovação [X] Aprovação [] Aprovação com revisão []

OBSERVAÇÕES:

A dissertação traz reflexões importantes e oportunas sobre a organização das redes de atenção e o cuidado no cotidiano dos serviços. A mestranda demonstrou capacidade de análise da realidade, vontade de qualificar os fazeres profissionais, reflexão intelectual e corporal sobre os dados coletados e compromisso com a qualificação da atenção primária em saúde.

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Ata assinada eletronicamente de acordo com o Ofício Circular nº 1/2020 - CPG/PROPP/UFMS.

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Alcindo Antônio Ferla, Usuário Externo**, em 01/03/2025, às 06:00, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Professora do Magistério Superior**, em 05/03/2025, às 14:26, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Márcio Mariath Belloc, Usuário Externo**, em 06/03/2025, às 16:10, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5463518** e o código CRC **1A71159A**.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao final deste estudo primeiramente ao meu esposo, Emerson Nonato, pessoa que a todos os momentos esteve ao meu lado e me deu todo apoio para concretizar esse sonho, desde quando me deu a louca de “virar” enfermeira, me mudar de cidade, retornar para a cidade antiga, idas e vindas. Pela paciência comigo diante dos meus surtos (qual profissional da saúde não surta com frequência?). Mesmo assim compreendeu minha luta e fez do meu esforço, realização.

Agradeço aos meus filhos, Raqueli, João Manoel e Guilherme, que sempre foram minha base para correr atrás dos meus objetivos e sonhos, e mostrar a eles que tudo que podemos conseguimos através da luta. Meu pequeno Guilherme, que possui Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade na forma combinada (TDAH), que me apronta altas pérolas, mas alivia a tensão diária do trabalho e dos estudos. Meu filho João Manoel, meu ciumento carinhoso que sempre está grudado querendo saber se estou bem. À minha filha e amiga que sempre me conta suas peraltices, mas que possui uma maturidade grande para a idade. Lembro-me de um dia, eu estar exausta, após um dia de trabalho árduo, e a noite os estudos, e minha moça amável, Raqueli, em seus momentos de princesa (as vezes ela se supera), escreveu em uma folha de um artigo que eu estava estudando: “boa sorte, continue sempre”. Foi um misto de amor, prazer, realização, força e perseverança. Amo vocês meus filhos lindos.

Agradeço aos meus pais João Batista e Maria Isabel e sogros Manoel Nonato e Benedita pelo apoio, que sempre me auxiliaram o quanto eu pude, me dando força direta ou indiretamente. Puxando a orelha quando necessário, pois foram muitas lutas e batalhas vencidas.

Agradeço em especial a um amigo, Marcel Arthur, se não o melhor. Você me faz uma imensa falta, estamos separados pela distância, mas o tempo não apagará nunca nossos laços e conexões, continuemos estudando, nos aprimorando, sempre um com o apoio do outro, trabalhar contigo foram os dias mais felizes que tive em minha vivência laboral, pois tínhamos uma sincronicidade no trabalho, era algo descontraído até mesmo nas emergências. Junto com nossa equipe (lembrando da minha identidade de gênero de polvo, risos) Gelson, Leomarina e Onorildo, sinto muito a falta de vocês, nem imaginam o quanto. Estive no Paraíso, vivi a beleza que existia durante os anos que trabalhei com vocês, mas agora a realidade é outra que tem que ser encarada de frente.

Agradeço meus queridos médicos que se tornaram amigos também no decorrer da vida, Dr. Renan Baldo, que mantenho contato até hoje, Dra. Juliana Menezes, altas conversas nas madrugadas hospitalares, Dr. Rafael Osti, o ogro mais amável (risos e sarcasmo), Dra. Mariana e Dra. Natália minhas frozen do plantão, Dra. Ana Paula, dentre outros que não me recordo no momento, mas foram profissionais que nas experiências da vida me acolheram, trocaram informações e me auxiliaram a ser a profissional que sou.

Agradeço a minha querida amiga e ex-coordenadora Sonize, por ser essa pessoa incrível, amável, idônea, companheira, sem palavras para te descrever, o mundo seria melhor se houvessem enfermeiras (pessoas) como você na vida, sou sua admiradora, e torço para que sua vida seja cada dia mais iluminada, mais vitoriosa, muito obrigada minha amiga pela oportunidade de trabalhar aí em São Gabriel e pelos apoios que me forneceu.

Ah, não menos importante, aliás, um dos mais importantes nessa trajetória, agradeço a ti, meu querido orientador Alcindo Antônio Ferla, pelas lutas, vindas, idas, encontros e desencontros. Por ter me aceito como discente, por ter me orientado em minhas dúvidas. Mas agradeço imensamente por não desistir de mim. Eu já havia desistido do Mestrado, eis que me aparece um anjo, para me mostrar que nem tudo estava perdido e que ainda havia uma luz no fim do túnel. Mesmo sendo algo difícil devido suas (nossas) correrias diárias, amo falar contigo e entender sua perspectiva singular sobre a vida e o amor pela profissão. Agradeço aos meus professores que transmitiram cada qual o seu saber e seu modo de ver a vida e tornar o mundo um lugar melhor, que dentre tantos afazeres, dispuseram um tempo para transmitir e contribuir com os conhecimentos, agregando informações pertinentes para a construção deste estudo.

Agradeço a banca examinadora, que dentre tantos afazeres, dispuseram um tempo livre para qualificação e defesa de meu estudo, além da disponibilidade em contribuir com conhecimentos pertinentes ao meu estudo, agregando informações pertinentes para a construção deste estudo. Agradeço a oportunidade de poder produzir este estudo, que auxilie os profissionais que utilizam as redes vivas nas cartografias de cuidado dos usuários para fazerem diferença ao trabalho da saúde que se encontra ‘mecanizado’. São estes profissionais atuantes, com coração pulsante, alma vibrátil que faz a diferença no cuidar em ação. Mas não me restrinjo apenas a eles, penso que a leitura em ação pode mudar conceitos e modificar pensamentos mecanizados, criando novos saberes em mentes, até então, fechadas.

Agradeço a todos que colaboraram com a finalização deste estudo, por me auxiliarem na medida do possível, como foram muitos, pode ser que eu tenha esquecido de mencionar algum nome, mas saiba que estás em meu coração. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC - Brasil.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

O Brasil vem enfrentando diversas mudanças estruturais no decorrer dos anos, principalmente na área da saúde. Entre elas, a criação e implementação do Sistema Único de Saúde, de caráter universal, descentralizado, voltado à integralidade e com participação social, de acordo com o registro constitucional, o que tem desencadeado a implementação de diversas estratégias de organização dos serviços e da atenção à saúde. A pesquisa objetivou organizar informações sobre atendimentos de urgência e emergência para ocuparem a função de um observatório do cuidado nos territórios, objetivando potencializar a articulação entre esses dois níveis de atendimento, promovendo uma atenção integral e contínua ao usuário. Vale ressaltar a ideia de que não se trata de pesquisa avaliativa, que conclui “certos” e “errados” em relação a um serviço ou outro, mas de acumular informações sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e, em particular, a atenção básica/primária. Dada a complexidade da produção da saúde nos territórios e a reconhecida limitação do modelo de pensamento científico vigente para resolver problemas dessa natureza, a pesquisa se associou à ideia de que, para um serviço de saúde incrustado num território complexo, além da melhor atenção à saúde das pessoas, é necessária uma capacidade de observar, produzir e sistematizar dados e embasar processos decisórios com o melhor da ciência vigente e os conhecimentos locais. O objetivo desta análise foi produzir um dispositivo para analisar o perfil de atendimentos realizados em duas unidades de atendimento de demanda espontânea, como um observatório da atenção primária e das ações territoriais e observar as redes vivas tecidas pelos usuários na micropolítica da saúde e a cartografia existente moldadas extramuros. Por meio de um estudo de casos múltiplos em diferentes regiões, o trabalho examina como a implementação de um dispositivo com a função de observatório, que pode identificar lacunas na rede de cuidados, melhorar o fluxo de pacientes entre os serviços e aumentar a resolutividade das situações de urgência e emergência. Produzir um observatório do cuidado no território é uma tecnologia que pode deslocar as práticas e formas de articulação para um platô mais amplo de integralidade, tornando visíveis situações que a prática cotidiana muitas vezes não deixa visível. A pesquisa também investiga os desafios e as boas práticas encontradas na integração desses serviços, considerando aspectos como a comunicação entre as equipes de saúde, o compartilhamento de informações e a coordenação do cuidado. Para o estudo foram analisados dois serviços de urgência, num desenho de pesquisa do tipo estudo de casos múltiplos, sendo os serviços selecionados os seguintes: um na cidade de Paraíso das Águas/MS, o Pronto Atendimento Médico Laurentina Correa Leite; e um na cidade de São Gabriel do Oeste/MS, o Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira, ambos de gestão

municipal e com atendimento de demanda espontânea e referenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. As análises desenvolvidas neste estudo demonstraram a realidade da rede viva em ação sob a ótica das condições sensíveis a atenção primária que estão utilizando as unidades de atendimento de demanda espontânea como “porta de entrada” para o sistema de rede de saúde. O estudo fornece evidências que contribuem para melhorar a integração entre a Atenção Primária e os serviços emergências, a partir de situações concretas, muitas vezes com bases diversas aos supostos dos protocolos e das classificações standardizadas. Ao entender os fluxos de atendimento e as dificuldades enfrentadas, foi possível propor estratégias de articulação para que o paciente seja atendido no nível mais adequado e com maior resolutividade. Essa integração ajuda a evitar sobrecarga dos serviços emergenciais, garantindo que os pacientes recebam cuidados preventivos ou tratamento precoce, evitando complicações que requerem atendimento emergencial. Por fim, não buscou averiguar erros e acertos, poder ou não poder, ditar regras ou defini-las, este estudo apenas demonstrou a realidade da rede viva em ação recomenda-se estudos futuros a fim de aprofundar-se nesse universo da saúde que se modifica constantemente.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção à Saúde; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Brazil has been facing several structural changes over the years, mainly in the area of health. Among them, the creation and implementation of the Unified Health System, universal, decentralized, favorable to comprehensiveness and with social participation, in accordance with constitutional registration, which has triggered the implementation of various strategies for organizing services and care to health. The research aimed to organize information to serve as a care observatory in the territories, aiming to enhance the articulation between these two levels of care, promoting comprehensive and continuous care for the user. It is worth highlighting the idea that this is not about evaluative research, which concludes “rights” and “wrongs” in relation to one service or another, but about accumulating information about the functioning of health systems and, in particular, primary care/ primary. Given the complexity of health production in territories and the restriction of the current scientific thinking model to solve problems of this nature, the research is associated with the idea that, for a health service embedded in a complex territory, in addition to better care for the health of people, the ability to observe, produce and systematize data and support decision-making processes with the best current science and local knowledge is necessary. The objective of this analysis was to produce a device to analyze the profile of care provided in two spontaneous demand care units, as an observatory of primary care and territorial actions and to observe the living networks woven by users in the micropolitics of health and the existing cartography molded extramurals. Through a study of multiple cases in different regions, the work examines how the implementation of a device with the function of an observatory, which can identify gaps in the care network, improve the flow of patients between services and increase the resolution of situations urgency and emergency. Producing a care observatory in the territory is a technology that can shift practices and forms of articulation to a broader plateau of comprehensiveness, making visible situations that everyday practice often does not make visible. The research also investigates the challenges and good practices found in the integration of these services, considering aspects such as communication between health teams, information sharing and care coordination. For the study, two emergency services were analyzed, in a multiple case study research design, with the services selected as follows: one in the city of Paraíso das Águas/MS, the Pronto Atendimento Médico Laurentina Correa Leite and one in city of São Gabriel do Oeste/MS, the Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira, both under municipal management and with spontaneous demand service and referenced in the National Health Establishment Registry. The analyzes developed in this study demonstrated the reality of the living network

in action from the perspective of conditions sensitive to primary care that are using health care units. spontaneous demand as a “gateway” to the health network system. The study provides evidence on how to improve integration between Primary Care and emergency services, based on concrete situations, often on different bases than those assumed by protocols and standardized classifications. By understanding the care flows and the difficulties faced, it was possible to propose articulation strategies so that the patient is treated at the most appropriate level and with greater resolution. This integration helps avoid overloading emergency services, ensuring that patients receive preventive care or early treatment, avoiding complications that require emergency care. Finally, it did not seek to investigate mistakes and successes, power or not, dictate rules or define them, this study only demonstrated the reality of the living network in action. Future studies are recommended in order to delve deeper into this universe of health that is constantly changes.

Descriptors: Family Health Strategy, Health Care, Social Determinants of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de risco conforme protocolo definido pelo Ministério da Saúde	30
Figura 2 - Classificação de risco conforme protocolo Manchester	31
Figura 3 - Escalas de classificação de riscos Manchester	32
Figura 4 - Etapas do estudo de casos múltiplos.....	51
Figura 5 - Resumo de atendimentos por dias da semana em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS	53
Figura 6 - Resumo de atendimentos por dias da semana em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS	63
Figura 7 - Usuários Peregrinos, em busca de respostas as suas queixas	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da Rede de Atenção de Saúde nos Municípios de Mato Grosso do Sul.....	55
Tabela 2 - Caracterização da Rede de Serviços das Cidades de Campo Grande, São Gabriel do Oeste e Paraíso das Águas	59
Tabela 3 - Comparativo nas Classificações de Risco de fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS	61
Tabela 4 - Estimativa de tempo de espera para atendimento em fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS	62
Tabela 5 - atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS	65
Tabela 6 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em 2023 em São Gabriel do Oeste/MS	68
Tabela 7 - Comparativo nas classificações de fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS	71
Tabela 8 - Estimativa de tempo de espera para atendimento em fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS	72
Tabela 9 - atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVP	Acesso Venoso Periférico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBM	Corpo de Bombeiros Militar
CCR	Companhia de Concessões Rodoviárias
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORE	Regulação de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ESF	Estratégia e Saúde da Família
FHCR	Fundação Hospitalar de Costa Rica
GSEA	Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde da Família
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAM	Pronto Atendimento Médico

PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POP	Protocolo Operacional Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RUE	Rede de Atenção à Urgências e Emergências
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgências
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade na forma combinada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidades de Terapia Intensivas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	ATENÇÃO INTEGRAL E RESPOSTA RÁPIDA: o papel do Observatório na articulação entre Saúde da Família e a Rede Emergencial	19
2.1	A Saúde da Família e as reformulações das Políticas Públicas	19
2.2	Do Cuidado Primário ao Atendimento de Urgência: a necessidade de articulação entre a Saúde da Família e a Rede de Emergências	22
2.3	Unidades de Urgências e Emergências: conhecendo suas funcionalidades.....	26
2.3.1	Escala de Classificações de Riscos em UPAs.....	29
2.4	A Rede de Urgências e Emergências como Observatório das ações estratégicas da Saúde da Família	33
2.5	Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde	37
2.6	Redes Vivas existenciais e caminhos para a continuidade do cuidado em rede .	39
2.7	O pesquisador como produtor de saberes em saúde	42
2.8	Cartografia do cuidado na micropolítica do trabalho em saúde: produzindo saberes e cuidados através das caixas de ferramentas	44
3	OBJETIVOS	48
3.1	Objetivo Geral.....	48
3.2	Objetivos Específicos	48
4	MÉTODOS.....	49
4.1	Caracterização	49
4.2	Fontes de dados.....	52
4.3	Instrumento de Coleta/registo dos dados.....	52
4.4	Organização e análise dos dados	53
4.5	Processo de cartografia no território	53
4.6	Aspectos éticos.....	57

5	RESULTADOS	58
5.1	Entendendo a demanda e atendimentos das cidades cartografadas.....	58
5.1.1	A cidade de São Gabriel do Oeste/MS como foco de estudo	60
5.1.2	A cidade de Paraíso das Águas/MS como foco de estudo	69
6	DISCUSSÃO	77
6.1	Debatendo os dados encontrados	77
6.2	A Peregrinação Cartográfica: atalhos pelas veredas encontradas.....	81
6.3	Micropolítica do trabalho em saúde: os saberes adquiridos.....	83
6.4	Cartografia do cuidado: vivências de uma profissional no cotidiano, desconstruindo padrões mecanizados	85
7	CONCLUSÃO.....	89
8	RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de Paraíso das Águas/MS e autorização de coleta de dados	99
	APÊNDICE B - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de São Gabriel do Oeste/MS e autorização de coleta de dados.....	101
	ANEXO A - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária	111

1 INTRODUÇÃO

O cenário atual demonstra que a rede de urgências e emergências contra-referenciam pacientes para a Atenção Primária, sendo os demais remanejados para ambulatórios de especialidades não médicas, ambulatórios de especialidades médicas, hospitais emergenciais, leitos hospitalares, Unidades de Terapia Intensivas (UTI), Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) ou outras unidades de urgência e emergência. Em municípios de menor porte, que constituem a maior parte dos municípios brasileiros, as condições reais são muito diversas dos modelos mentais que orientam as políticas e protocolos: mais complexas do ponto de vista da organização dos determinantes sociais da saúde e mais desafiadoras do ponto de vista da organização dos serviços (Ferla, 2021).

Em cenários como este, de diversidade e complexidade, o desenvolvimento do trabalho em saúde adotou sucessivas maneiras de arranjos paradigmáticos, preconizando a aprendizagem ativa, a conexão precoce dos ensinamentos com a diversidade dos cenários de trabalho em ação, necessitando de uma compreensão do processo da saúde e do modo de “caminhar da vida” singular e coletivo (Ceccim e Ferla, 2008). Diante da sabida dificuldade do conhecimento disciplinar prévio para orientar suficientemente as práticas, a política de desenvolvimento do trabalho do SUS sugera a aprendizagem no e pelo trabalho, com uma combinação flexível entre os conhecimentos disciplinares prévios e a clínica das diferentes profissões, com o conhecimento produzido em ato no momento em que o trabalho se realiza e nas conexões que estabelece nos territórios.

Neste cenário, é fundamental que ocorram avaliações pertinentes da organização de saúde local, com a finalidade de realizar medidas de aprimoramento, não devendo haver um comodismo dos atores da saúde, uma vez que é indispensável a atuação dinâmica de todos envolvidos ao processo de organização da saúde. Ou seja, além de ações e serviços com embasamento nas melhores orientações das ciências da saúde, é necessário que a interação das pessoas que trabalham na saúde, dessas com as características dos territórios e com cada pessoa usuária dos serviços e dos serviços entre si se dê de forma densa e inventiva, combinando tecnologias leves, leve-duras e duras, conforme nos indicou há mais de três décadas o sanitarista Emerson Merhy (2002).

O estudo busca responder a problemática do desconhecimento quanto aos pacientes que buscam atendimento nas unidades de atendimento de demanda espontânea, diante de acometimentos sensíveis à atenção primária, os determinantes para essa preferência e o

diferencial das unidades atendimento de demanda espontânea para as Unidades de Saúde da Família (USF), Estratégia e Saúde da Família (ESF) e/ou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) diante das queixas dos pacientes relatados no ato da triagem e/ou da consulta. Essa condição também é evidência de uma baixa capacidade de desenvolver modelagens tecnoassistenciais (Merhy, 2002) centradas nas pessoas e integradas aos territórios. Para ativar a qualidade e o acesso aos serviços, não é suficiente embasar o trabalho dos profissionais da saúde que atuam nos serviços com protocolos assistenciais e rotinas bem desenhadas, é preciso desenvolver o trabalho com ações de educação permanente em saúde que, em última instância, representam o aprender com o trabalho no território e criar formas de apoiar a produção de saúde nas pessoas e coletividades (Ferla, 2020).

Sobretudo, vale ressaltar a ideia de que não se trata de pesquisas avaliativas, que concluem certos e errados em relação a um serviço ou outro, mas de acumular informações sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e, em particular, a atenção básica/primária.

Expostos os fatos, esta pesquisa busca analisar as unidades de Pronto Atendimento Médico, com atendimento de demanda espontânea, como um ponto de apoio às demandas dessa natureza para a atenção primária, compreendendo sua funcionalidade, observando a rede viva em ação nas cidades pesquisadas, os trabalhos vivos em ação tecidos pelas redes vidas, com cartografias elaboradas pelos usuários, e não somente o processo territorial definido em protocolos impostos, não deixando de considerar as unidades de Saúde da Família como principal acesso de entrada ao sistema de saúde. Compreende-se que o cuidado, diferente da protocolização da atenção, abrange uma dimensão micropolítica que mostra a ação das tecnologias leves ou processos de trabalho que somente respondem às tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 2002).

2 ATENÇÃO INTEGRAL E RESPOSTA RÁPIDA: O PAPEL DO OBSERVATÓRIO NA ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDE EMERGENCIAL

As Unidades de Pronto Atendimento Médico (PAM), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) possuem a competência voltada ao atendimento de emergências e urgências onde há ou não traumas, sempre com a finalidade de atender situações de urgência ou emergência, garantindo assistência oportuna aos clientes que necessitam de atendimento ágil.

Contudo, muitos desses usuários que utilizam o PAM e as UPA, faz com critério de “porta de entrada” ao sistema único de saúde, não realizando o acompanhamento adequado na atenção primária do seu quadro clínico e, em muitos casos, agravando o quadro clínico com diversas complicações a médio e longo prazo, algumas até irreversíveis ou ocasionando até óbitos, sendo fundamentais análises dos determinantes associados.

Estudar os critérios de adesão populacional a esses serviços possibilita uma percepção mais amplas sobre as carências que existem nas unidades de Saúde da Família, pois, de certa forma, há uma predileção para as UPA, devendo ser desenvolvido um estudo melhor para que cada setor atue da forma ao qual foi designada, sem que haja sobrecarga ou superlotação. Além de produzir conhecimento oportuno e atualizado sobre o funcionamento desses serviços e a articulação com os demais serviços, constituindo efetivamente a rede de urgência e emergência.

Além disso, por se tratar de uma problemática atual e com poucos estudos no contexto de atendimentos sensíveis a Atenção Primária, com foco na Saúde da Família, com atendimentos realizados nas redes de urgências e emergências de Mato Grosso do Sul, este estudo trará discussões e informações pouco discutidas e/ou sistematizadas, com isso seus resultados possibilitarão uma contribuição para dimensionar as práticas e condutas pertinentes.

2.1 A Saúde da Família e as reformulações das Políticas Públicas

A Estratégia da Saúde da Família é um dos pilares da Atenção Primária a Saúde no Brasil, apresentando um grande avanço tecnológico no modelo assistencial, centrado na promoção dos cuidados em saúde, prevenção de doenças e atenção integrativa. Desde sua criação, a Estratégia da Saúde da Família busca transformar a realidade e o cenário da saúde existente no Brasil, enfatizando a atenção as necessidades de saúde populacionais nos territórios, principalmente nas áreas mais vulneráveis.

A reformulação das políticas e protocolos na saúde são impulsionadas pela necessidade de melhoria de acessos a atendimento qualificado para enfrentamento dos desafios de demandas

existentes nos serviços de saúde, das desigualdades e da necessidade de cuidados contínuos de modos integrais. O Ministério da Saúde (Brasil, 2020) salienta que a APS constitui a base um sistema de saúde que busca a garantia de cobertura e acesso aos cuidados de modo abrangente, que seja aceito pela população e possua evidência científica, garantindo acesso universal e oportuno, ofertando de modo amplo o escopo de ações para a atenção integral da população.

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo principal promover a saúde e a prevenção de doenças, focando no cuidado contínuo e integral. Por meio da atuação de equipes multiprofissionais, que incluem médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, a ESF busca atuar diretamente na comunidade, conhecendo as condições de vida da população, suas necessidades de saúde e os fatores sociais que impactam seu bem-estar.

O trabalho da Saúde da Família é caracterizado por um cuidado preventivo, voltado para a promoção de saúde e manejo de doenças crônicas. O acompanhamento regular dos pacientes permite identificar precocemente condições de risco, como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, entre outras, e promover ações que evitem a progressão dessas doenças. No entanto, quando surgem complicações ou situações que demandam atendimento urgente, é necessário que haja uma transição eficaz para os serviços de urgência e emergência.

Para Alves (2023) a resolutividade da APS está intercalada às mediações de uma alta complexidade com baixa densidade nas tecnologias de ações desenvolvidas no desenrolar do trabalho multiprofissional das equipes, com foco na promoção de saúde, na prevenção de situações de agravos e na recuperação na saúde.

A Saúde da Família tem se mostrado uma estratégia efetiva na melhora da saúde da população brasileira, principalmente no que tange à prevenção e à atenção contínua. Contudo, para que essa estratégia alcance seu potencial máximo, torna-se necessário que as políticas públicas de saúde continuem a evoluir, abordando os desafios de financiamento, capacitação profissional, desigualdade no acesso e integração com outros níveis de atenção.

A atuação profissional da Saúde da Família possui a característica de equipes multiprofissionais que realizam a inserção na comunidade, aproximando-se das problemáticas de saúde populacional, aproximando-se da realidade, com ações preventivas, tratamento e acompanhamento de modo contínuo e não pontual. Tal proximidade promove intervenções de fatores agravantes de doenças e situações de risco (Alves, 2023).

Com o decorrer dos anos, a Saúde da Família se expandiu significativamente em todo território brasileiro, integrando profissionais e ampliando a cobertura. O início, com um marco importante foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), consolidando-se como a

Estratégia de Saúde da Família como uma das principais formas de atendimento do SUS.

As unidades de APS possuem um leque de serviços e ofertas para que os cidadãos possam atenção integral biopsicossocial tanto no processo da saúde e de doenças, quanto no processo de ações de promoção, preventivas, cura e reabilitações contextualizadas na APS (Brasil, 2020).

Se contrapondo a tal necessidade, a autora Marina Alves (2023) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2020) mencionam que há processos que enfraquecem a APS como a criação da PNAB-2017 que fragmentou a assistência a saúde, definindo novos processos sob a ótica de garantir a coordenação dos cuidados e ampliação do acesso, mas que apontam para a predominância biomédica dos serviços, limitando ações de promoções preventivas na saúde brasileira.

Além disso, o programa Previne Brasil, como novo modelo da APS de financiamento vem recebendo duras críticas como parte do processo de desmonte do SUS dentro das Políticas Públicas Sociais. Para Alves (2023), tal processo vem fundamentado com o desfinanciamento do SUS e com racionamento de serviços ofertados pela APS, para que ocorra sua consolidação como novo nicho.

Criar vínculos de repasse financeiro reduzidos ao número de cadastros no sistema descaracteriza o princípio básico de universalidade de SUS que, contrariando a promoção de equidade e eficiência, possui foco em um mecanismo que oferta cuidado individual e assistencial. Além disso, valorizar indicadores que verificam os desempenhos e controle de produção dos profissionais de saúde corrompe o modelo lógico da atenção inicial prevista na APS (Alves, 2023).

No viés reverso, fora citada a implantação do sistema de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) com foco em meio estratégico de instrumentar a gestão e organizar a APS integrando a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) junto a RAS (Matos, Alves, Botton e Hirdes 2021).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) a proposta de Planificação do SUS possui o objetivo de apoiar o escopo técnico e gerencial das secretarias municipais e estaduais na organização dos macroprocessos e microprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (Brasil, 2019).

Os autores Matos, Alves, Botton e Hirdes (2021) referem que a implantação do sistema de Planificação visa a estratificação das vulnerabilidades e de riscos familiares, contemplando aspectos epidemiológicos, sociais e sanitários, auxiliando na organização do acesso a APS. Sob a ótica profissional, visa reestruturar o processo de trabalho, identificando grupos vulneráveis e realizar intervenções em grupos de maiores riscos e dar atenção aos grupos de menores riscos.

As reformulações das políticas públicas do SUS, ao focar no fortalecimento da Atenção Primária, levam um modelo de saúde mais eficiente, resolutivo e justo, onde as necessidades da população sejam atendidas de forma integral e coordenada. Nesse cenário, a Saúde da Família se consolida como um dos principais instrumentos para alcançar os objetivos de saúde universal, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos, independentemente de sua condição social ou geográfica.

Assim, com o incremento dos adoecimentos e mortes por causas externas e por emergências clínicas, os territórios começam a necessitar também de serviços de atendimento às urgências e emergências. No caso do Brasil, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências conta com serviços especializados e com diferentes pontos de atenção que fazem interface com a Saúde da Família e outras estratégias de organização da Atenção Básica. Nesse estudo, tomou-se a caracterização dos atendimentos realizados em serviços especializados como indicações sobre a qualidade de organização do cuidado nos territórios.

2.2 Do Cuidado Primário ao Atendimento de Urgência: A Necessidade de Articulação entre a Saúde da Família e a Rede de Emergências

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem sofrendo modificações em sua estrutura durante longos períodos de lutas e conquistas, além de vários desafios buscando a melhor qualidade assistencial à população. Definido por um conjunto de princípios e diretrizes registrados na Constituição Federal, o sistema de saúde brasileiro nasceu como uma agenda produzida no Movimento de Reforma Sanitária, que teve seu ápice de mobilização na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Ceccim; Ferla, 2008).

Nos últimos 32 anos, que coincidem com o seu processo de implementação, além de avanços na cobertura, no acesso e na qualidade da atenção oferecida a população, foram sendo construídas diferentes modelagens para os serviços, como resultado das experiências locais, do amadurecimento conceitual, das mudanças na sociedade e, particularmente, nos governos. Mesmo com tensões e descontinuidades, seguem sendo válidos os princípios da Equidade, Universalidade, Descentralização e Integralidade previstos na Constituição Brasileira de 1988 (Ceccim; Ferla, 2008).

Contudo, tais princípios possuem um desafio constante, com diversas barreiras, constituindo-se como um objetivo a ser almejado na busca de um sistema que ampare a população e que seja adequada às necessidades de todos de um modo que atenda a singularidade de cada um. As diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação social vão

alocando novas demandas à agenda dos formuladores de políticas e, nos últimos anos, foram produzidos novos serviços e novos arranjos de redes de atenção (Ceccim; Ferla, 2008).

No contexto dessas mudanças, este trabalho possui o enfoque central em discutir o uso das unidades de pronto atendimentos como porta de entrada para o serviço de saúde, considerando que essas unidades são partes fundamentais na saúde, pois possuem uma instalação fixa de atendimentos pré-hospitalares, servindo de rede de atendimento intermediária descentralizada, encaminhando os pacientes para as unidades básicas ou unidades hospitalares conforme sua necessidade (Brasil, 2015).

Conforme o estudo realizado por Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, fornecendo atenção à pessoa (e não somente às enfermidades), sendo designada como uma união de funções exclusivas ao sistema primário, compartilhando com as demais redes assistenciais as responsabilidades de promoção à saúde à população. Nas palavras de Starfield (2002, p. 29): “É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”.

Contudo, não é este o cenário observado em estudos de diversos autores e como observado no decorrer deste estudo. Demonstrando a necessidade de readequações nos serviços de saúde vigente.

Além disso, a APS diverge das unidades emergenciais nas quais os pacientes são reconhecidos por suas queixas, onde o principal objetivo é elucidar o problema que acomete o paciente e gerar um diagnóstico de manejo mais adequado, com intervenções pontuais que retirem o sujeito do risco que se encontra naquele momento. Por outro lado, no fluxo proposto pelas políticas de atenção à saúde com modelagem similar, nas unidades de Atenção Primária à Saúde os profissionais possuem uma proximidade maior, avaliando papéis interativos e múltiplos, como fatores determinantes da saúde e da doença (Starfield, 2002).

A Conferência Alma Ata, elaborada com fins de fundamentar os componentes da APS especificou as suas funções primordiais, conforme a citação do autor Starfield seguinte:

A conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno- infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (Starfield, 2002, p. 31).

Em um estudo realizado por Starfield (2002) o autor averiguou que os atendimentos que ocorriam em uma unidade de pronto atendimento voltados a pacientes portadores de

complicações hipertensivas, ou de outras complicações, sem acompanhamento na atenção primária foi maior que os que eram acompanhados pelas unidades de APS.

Além disso, as unidades de atendimento de demanda espontânea são unidades de atendimento 24 horas diárias, trabalhando por meio de triagem e classificação de riscos, possuindo a finalidade de atender os pacientes com uma alta taxa de resolutividade em seu atendimento, seja o paciente acometido por um quadro agudo, crônico ou crônico agudizado (Brasil, 2013).

Neste caso, os atendimentos de emergência na Atenção Básica (AB), quando essa está efetivamente integrada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve dar suporte, com as seguintes atribuições: Ser base: descentralizada promovendo a participação nos cuidados; Ser Resolutiva: averiguando os riscos, demandas e carências, articulando com os demais cuidados, construindo vínculos e intervenções efetivas; Coordenar os cuidados: acompanhar, elaborar e gerir projetos singulares, com fluxo dos pacientes e as Redes de Atenção à Saúde, articulando com os demais sistemas intersetoriais; Ordenar as Redes: Observar e reconhecer carências e necessidades da população organizando e programando os serviços assistenciais (Brasil, 2013).

A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde é um dos pilares para garantir a eficiência, a continuidade e a resolutividade dos serviços prestados à população. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa articulação se torna ainda mais fundamental, pois o acesso à saúde é um direito garantido por lei a todos os cidadãos, independentemente de sua localização, condição social ou econômica. Dentro desse cenário, destaca-se a importância da Estratégia Saúde da Família e dos serviços de urgência e emergência, que precisam estar conectados para oferecer uma atenção integral e de qualidade.

A Rede de Urgência e Emergência, é preciso lembrar, tem os pontos de atenção no território, como as Equipes de Saúde da Família, como componentes. Independente de existirem UPAs ou outros serviços, a ideia do estudo é que pontos de atenção especializada em cuidados de urgência e emergência, para além dos indicadores de qualidade e volume de procedimentos realizados, também gera indicadores e evidências da qualidade do cuidado nos territórios, sobretudo na atenção básica. O indicador de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária é clássico na avaliação da atenção básica e é utilizado no Brasil e em outros países. Neste estudo, há uma aproximação similar, mas com os atendimentos de urgência e emergência (Brasil, 2008; Brasil, 2020; Martinazzo *et al.*, 2021).

As demandas de urgências e emergências devem ser voltada à resolutividade das complicações agudas ou crônica agudizadas dos pacientes, onde a maioria, cerca de 97% dos

atendimentos, são resolvidos na unidade. Ao entrar no serviço a equipe controla o quadro clínico de agravamento do paciente, analisando a necessidade de encaminhamento para outras unidades. Dentre os atendimentos realizados estão: Febre alta acima de 39°C, pequenos cortes ou fratura, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cólicas Renais, Dispneia, Convulsão, Dores agudas relatado, emese, estabilização de pacientes vítimas de trauma ou politraumatizado, dentre outros (Brasil, 2015).

Além disso, a função primordial das UPA é dar suporte tanto à atenção primária, quanto a atenção secundária, atendendo a situações agudas ou crônicas agudizadas emergenciais, não substituindo os hospitais, mas interagindo em forma de rede, diminuindo as filas nos hospitais, favorecendo o atendimento de urgência e emergência hospitalar, buscando e preservando a resolutividade, encaminhando aos hospitais somente os casos graves que não há resolutividade na unidade (Brasil, 2015).

Ademais, os serviços especializados das redes de atenção à saúde possuem a finalidade de dar suporte para as unidades de Saúde da Família e UBS, seja em ações de matriciamento, seja operacionalmente, quando as mesmas não estão em horário de funcionamento. Os serviços do tipo UPA possuem foco de referência e contra - referência com as demais unidades do sistema de saúde possibilitando um melhor acolhimento, ampliando a resolutividade sistêmica. Entretanto, emerge a questão de sobrecarga das unidades UPA, onde muitos pacientes são atendidos nas unidades e acabam superlotando (Brasil, 2015).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2015) as UPA são unidades intermediárias entre as Redes Hospitalares e a Atenção Primária, nas palavras do conselho:

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), componente da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, constitui-se em um equipamento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar. Funciona de modo ininterrupto nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos os feriados (Brasil, 2015, p. 21).

Vale ressaltar que nas UPA são realizados: atendimentos para urgência e emergência de pacientes com trauma e sem traumas, exames laboratoriais, exames radiológicos e de eletrocardiogramas para diagnósticos de urgências e emergências, distribuição medicamentosa voltado ao tratamento domiciliar ágil nas situações urgentes, transporte de pacientes enfermos após o atendimento inicial e estabilização, dentre outros (Brasil, 2015).

Diante dos fatos, muitos pacientes usam esta porta de entrada para ter um prognóstico mais rápido, outro fato que elenca mais a necessidade de se realizar aprimorações ao sistema de saúde, com políticas mais adequadas as necessidades da sociedade (Brasil, 2015).

Nem sempre a dinâmica dos serviços de saúde nos territórios opera de forma ergonômica com os modos de vida das pessoas que lhe são referidas pelo sistema, fazendo com que sejam criados mapas de acesso diversos daqueles das racionalidades propostas pela gestão, pelos protocolos e pelos próprios trabalhadores (Cecílio *et al.*, 2014).

Conforme estudo realizado por Cecílio *et al.* (2014) é fundamental haver outras lógicas na regulação dos serviços de saúde. Além disso, avaliar o clientelismo “leigo” nos remete a conceitos de mapas de cuidados que antes não eram observados, nem considerados, mas que indicam outros arranjos possíveis no sistema de saúde. O estudo “agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado” nos convida a experimentar esta cogestão de cuidados entre usuários e a equipe de saúde, sendo este um caminho promissor, além de inadiável, na necessidade de se reinventar a saúde mundial.

Além disso, a integração entre a Saúde da Família e os serviços de urgência e emergência é fundamental para garantir uma assistência de saúde eficiente, integral e humanizada. Ao estabelecer fluxos adequados de encaminhamento, melhorar a comunicação entre as equipes e investir na capacitação dos profissionais, é possível reduzir a sobrecarga dos serviços de emergência, promover a continuidade do cuidado e, acima de tudo, melhorar os resultados de saúde da população.

No entanto, para que essa articulação se concretize, é necessário o comprometimento dos gestores de saúde, profissionais e da comunidade em investir em um modelo de atendimento que priorize a prevenção e a atenção integral, onde o cuidado primário e as urgências e emergências se complementam e fortalecem mutuamente.

2.3 Unidades de Urgências e Emergências: conhecendo suas funcionalidades

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde devem receber atendimento médico ao buscar o Pronto Socorro de unidades Hospitalares, entretanto, sem descaracterizar a primordialidade de atendimento a urgências e as emergências.

Debates sobre a necessidade, utilização e funcionalidades das Unidades de Pronto Atendimento Médicos são temas que perduram durante anos, principalmente quando se avalia este serviço como meio de escape para os atendimentos à demanda, sendo encarado como local de “porta de entrada” ao cidadão na percepção dos pacientes.

A maioria dos municípios e estados brasileiros de serviços de urgência e emergência sofrem um grande impacto quando se relaciona a desorganização do sistema, sendo alvo de críticas no modelo tradicional na assistência à saúde. Neste caso, uma das críticas mais

abordadas está relacionado a superlotação dos Prontos Socorros hospitalares e o impacto negativo aos usuários, ocasionando diversos problemas de gerenciamento (O'dwyer, 2009).

A Superlotação nos serviços emergenciais hospitalares é um fenômeno mundial (Bitencourt; Hortale, 2009; Junqueira *et al.*, 2023; Ramos *et al.*, 2024), caracterizando-se por: leitos hospitalares lotados; pacientes com comorbidades nos corredores, principalmente pacientes acamados; tempo nas esperas excedidos para atendimento médico, acima do horário definido para aguardar; fatores indicativos de baixo desempenho da assistência na saúde, induzindo a uma baixa qualidade assistencial (Bitencourt; Hortale, 2009).

Os protocolos são guias concisos que ajudam na prática diária. Sabe-se que há necessidade de padronização comportamental respaldada em evidências científicas e para isso é necessário o envolvimento de todos os participantes, iniciando com os usuários das unidades de saúde, até os gestores.

A utilização de um protocolo de atendimento traz muitas vantagens para a equipe, principalmente para o paciente, pois proporciona maior segurança, habilidades e, principalmente, acesso a mais conhecimentos teóricos. Contribui para a padronização da assistência durante os atendimentos, reduzindo a espera para atendimento e a probabilidade de falha, melhorando a recuperação dos pacientes (Junqueira *et al.*, 2023).

Contudo, os autores Junqueira *et al.* (2023) salientam que não é somente uma atribuição inerente do enfermeiro a organização em urgências e emergências, devendo haver cooperação de todos os membros da equipe, sendo fundamental capacitações para as equipes da rede de urgências.

Entretanto, tais unidades mesmo possuindo um fluxo hierarquizado com uma estruturação voltadas a atenção emergencial, vem sendo encarado como porta de acesso para as carências e necessidades de demanda simples, para cuidados básicos, descaracterizando a proposta inicial ao qual foi fundada, impactando em pouca vinculação dos pacientes ao serviço de atenção primária de sua área original (Rocha, 2005).

As UPA são sistemas que possuem uma produção de atendimentos médicos elevado, porém, expressam uma elevada fragmentação assistencial e as suas deficiências de se interligar em rede nos níveis assistenciais. Além de tudo, estudos apontam que as variáveis de atendimentos realizados nas unidades são de complexidade baixa, não condizendo com o sistema proposto para as unidades (Rocha, 2005; Costa, 2011).

A temática não é inédita, visto que muitos outros países já averiguaram tais constatações, conforme exposto pelo autor Rocha, que menciona que a sobrecarga nas unidades emergenciais são ocorrências mundiais, que indicam possivelmente uma baixa adesão ao

sistema de saúde com baixa qualificação assistencial, sendo averiguado em estudos nas literaturas internacionais dos seguintes países: Estados Unidos, Canadá, Espanha, França e Portugal (Rocha, 2005).

Além disso, devido as altas taxas de atendimento sem urgência ou emergência há uma interferência considerável no processo da saúde. Entretanto, esse desvinculo de atendimentos das unidades primárias vem alterando o perfil dos atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento, suscitando em novas indagações sobre a real finalidade dessas unidades, e ainda, sobre suas atribuições, visto que tais mudanças vêm gerando impactos ao sistema de saúde (Rocha, 2005).

Para Rocha (2005) os principais impactos são: uma elevação do ônus aos cofres públicos devido a necessidade de alocação de equipamentos e recursos humanos; uma elevação dos conflitos tanto de usuários quanto dos profissionais; conflito de ideia onde os profissionais, os gestores e os usuários possuem ideias discrepantes sobre a finalidade das UPA; prejuízo aos pacientes ao se deslocarem para locais longe em busca de atendimento médico, fora de sua área de atendimento; e por fim, e mais importante, reflete o impasse do sistema de saúde em criar uma rede de atenção a saúde de forma qualificada, com seus níveis de referência e contra-referência implantados de modo preciso (Rocha, 2005).

As elevadas internações por situações sensíveis a atenção básica pode ser considerada como um sério problema ao acesso do SUS ou ao seu desempenho, constituindo-se como fator de alerta a essas ocorrências. Sendo mencionados pelos autores Alfradique *et al.* (2009) como fator associado a coberturas deficientes e/ou com baixa taxa de resolução na atenção primária e seus determinantes sociais.

Para os autores O'dwyer, Matta, Pepe (2008) e Scofano (2012) os Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e as unidades de Pronto Atendimento Médico devem ser consideradas como parte de observatório para o sistema de saúde brasileiro, considerando que possui o registro de ocorrências de urgências podendo interligar os dados aos diversos níveis da atenção básica, permitindo uma visão mais globalizada para a saúde.

Para Randow *et al.* (2011) cerca de 60% dos atendimentos que foram realizados nas UPAs poderiam ter sua resolutividade atendida nas UBS. Além disso, as UPAs possuem lugar de destaque por possuir uma capacidade de monitoramento dos pacientes, principalmente por atuar com o fator de classificação de risco dos pacientes. Esse fato reafirma o fator de as UPAs serem consideradas, principalmente por parte da população, como “porta de entrada” para o SUS (O'dwyer, 2009; Scofano, 2012). Diante dos expostos, este estudo emergiu com a finalidade de avaliar o aumento no atendimento das unidades de Pronto Atendimento,

verificando os determinantes associados para essa ocorrência.

Entretanto, é essencial para a prática educacional o ato de problematizar, analisar e pensar, não somente os comportamentos, nem ideias, mas por meio de suas práticas, colocando perguntas em substituição as respostas, se assemelhando ao fazer, operando por meio de determinadas práticas com meios diferenciados (Ceccim; Ferla, 2008). Estudos pedagógicos não estão restritos ao profissionalismo, vão mais além, até a relação humana, ao acolhimento e a promoção de vida dos envolvidos, sendo fundamental uma educação permanente no campo da saúde.

2.3.1 Escala de Classificações de Riscos

Emergência é uma designação dada quando uma condição de saúde se deteriora, exigindo intervenção médica imediata devido a um risco iminente de vida, enquanto urgência é uma classificação dada quando há risco de vida, mas menos imediato.

Conforme definido pelo Ministério da Saúde, as urgências e emergências são uma área distinta da atenção à saúde voltada para a prestação de serviços específicos de suporte à vida. Mesmo com uma classificação específica, a realidade da saúde brasileira apresenta um quadro mais complexo, com usuários utilizando os serviços de emergência como porta de entrada para a saúde de forma desorganizada (Brasil, 2004). A Figura 1 nos mostra a Classificação de Risco definido pelo Ministério da Saúde.

Figura 1 - Classificação de Risco conforme Protocolo definido pelo Ministério da Saúde



Fonte: Extração do site: HSA irá implantar novo protocolo de atendimento de urgência e emergência para triagem de pacientes no pronto-socorro. 2015. <https://www.hsasaude.com.br/noticia.php?id=58>.

A triagem é uma área onde os pacientes são avaliados quanto à gravidade e urgência de sua condição clínica. Essa área deve estar próxima à porta de entrada, onde os pacientes são atendidos primeiro e encaminhados para tratamento por triagem. O enfermeiro que atua na triagem deve possuir três habilidades essenciais: avaliação, conhecimento e intuição, que são desenvolvidas por meio de seu conhecimento gerencial, sensibilidade e uso da observação (Carvalho *et al.* 2010). Na Figura 02 a seguir, será demonstrado o modo do protocolo Manchester:

Figura 2- Classificação de Risco Conforme Protocolo Manchester

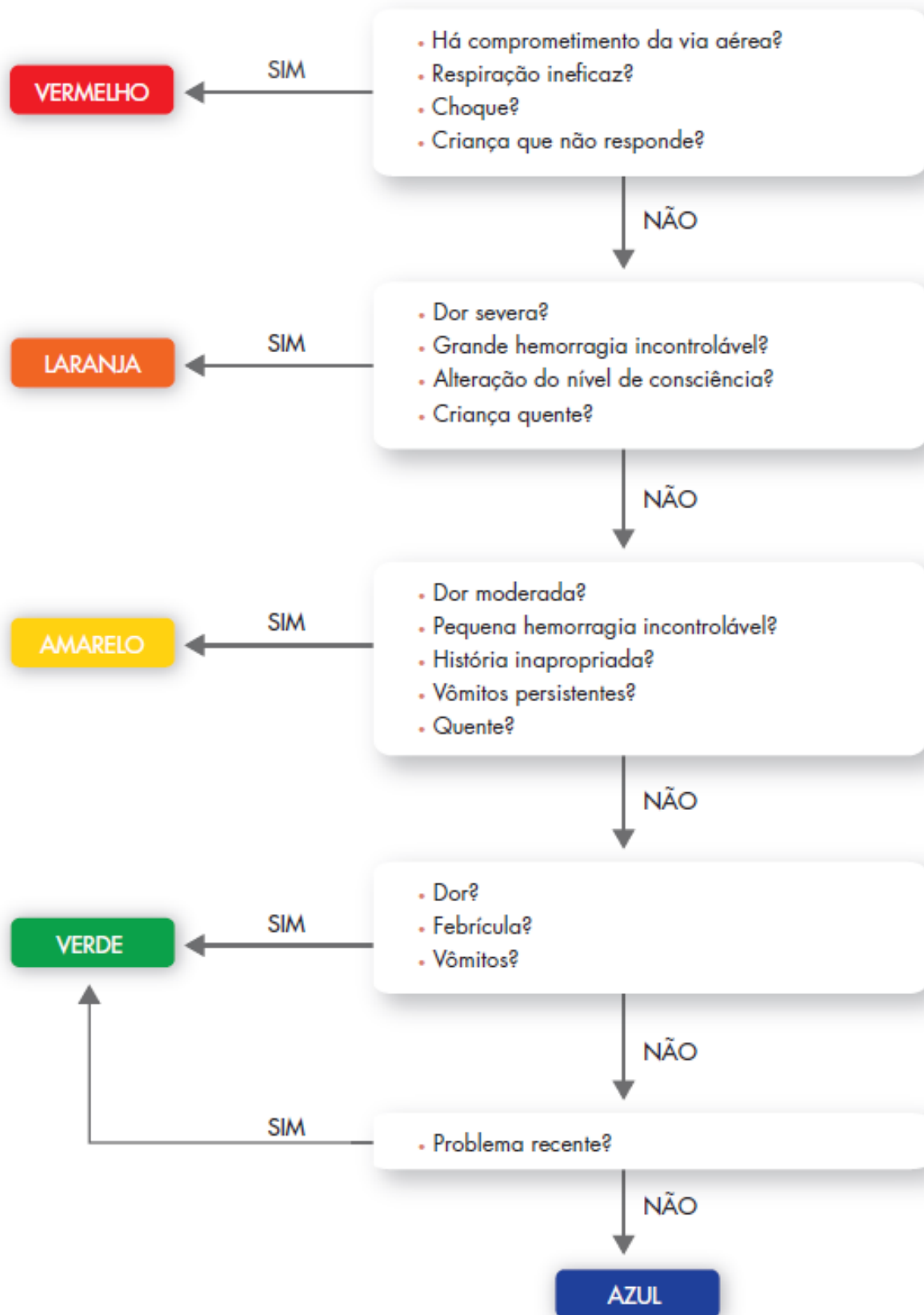


Fonte: Extração do site: Protocolo de Manchester: o que é e significado das cores. 2024. <https://star.med.br/protocolo-de-manchester-cores/>.

Em um sistema básico de triagem, o paciente é avaliado e triado conforme a observação e sensibilidade do enfermeiro (como demonstrado no Figura 03 a seguir), pois o profissional é capaz de assumir um papel de liderança que lhe confere uma visão abrangente dos recursos humanos, áreas físicas e processos. Sendo diversos os aspectos a serem considerados na priorização do atendimento (Carvalho *et al.* 2010).

Segundo Brasil (2004) outras características importantes do enfermeiro são: observação, percepção e comunicação facilitada em resposta a múltiplos estímulos. A entrevista de triagem é baseada no histórico médico do paciente e em cinco fatores-chave. Usar a visão, a audição, o olfato, o tato e os conhecimentos de enfermagem. Com a colaboração do paciente, pode-se obter uma avaliação adequada em menos de cinco minutos, o que é importante no que se refere às alterações do estado do paciente durante a permanência no Pronto Socorro e admissões subsequentes (Brasil, 2004).

Figura 3- Escalas de Classificação de Riscos Manchester



Fonte: Adaptado de Freitas (1997).

No decorrer dos anos, o sistema de emergência brasileiro avançou na definição de conceitos e na integração de novas tecnologias com vistas à organização do atendimento em rede (Garlet *et al.*, 2009). No entanto, o foco nas emergências ocorreu principalmente nos serviços hospitalares e Pronto Socorros 24 horas. Esses serviços são responsáveis por emergências, bem como eventos não emergenciais que podem ser atendidos em estruturas menos complexas. Essas situações ocorrem na maioria das unidades públicas de emergência no Brasil e interferem muito no fluxo de trabalho e na qualidade do atendimento prestado à população.

De forma mais integrada, os protocolos são rotinas para as ações assistenciais e gerenciais de um determinado serviço, equipe ou departamento. Apoiadas em conhecimento científico atual, evidências científicas, fornecidas por profissionais experientes e especialistas na área, e utilizadas para orientar o processo, comportamento e procedimentos clínicos para trabalhadores de serviços de saúde.

Os protocolos são recomendações formuladas sistematicamente para ajudar a gerenciar problemas de saúde em situações clínicas específicas, preferencialmente baseadas nas melhores informações científicas. Eles são guias concisos para testes diagnósticos e tratamentos que os médicos podem usar em seu trabalho diário. Esses protocolos são uma importante ferramenta de atualização da área da saúde para reduzir mudanças inadequadas na prática clínica. Todo protocolo clínico deve ser projetado para uso em nível ambulatorial e hospitalar, em situações específicas (Brasil, 2006).

O protocolo instrumentalizou a definição de prioridades clínicas. Ao descrever as manifestações de uma doença ou condição e seus sinais de alerta, pode classificar a gravidade e o sofrimento de um paciente e diferenciar entre diferentes níveis de urgências e emergências. Os protocolos são uma importante ferramenta de apoio à tomada de decisão em situações de urgência e emergência, proporcionando maior nível de segurança e até mesmo controle sobre a variabilidade clínica.

2.4 A Rede de Urgências e Emergências como Observatório das ações estratégicas da Saúde da Família

É primordial abrir novos caminhos, novas percepções, novas visões, visando um novo mundo, em que o serviço de saúde seja o mais adequado possível as carências pessoais e singulares dos seus usuários, mesmo que leve tempo, mas que seja pleno, e com isso, nada melhor que ouvir quem utiliza o serviço.

Para esses usuários que utilizam as redes de urgências e emergências como “porta de entrada” ao sistema de saúde, o mapa de saúde foi produzido através de experiências pessoais, associados a doenças crônicas agudizadas ou doenças graves, em graus diversificados, com coproduções solitárias, por meio de experimentações, tentativas e erros (Cecílio *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado por Cecílio (1997), o mesmo afirma que a rede básica de saúde não consegue realizar suas funções de “porta de entrada” primordiais ao sistema de saúde, ficando responsáveis por tais funções as unidades hospitalares, com imagens translúcidas de unidades de pronto socorro saturadas pela demanda primária.

Além de tudo, conforme relatado por Cecílio (1997) e frequentemente observado nas unidades de pronto socorro, muitos profissionais médicos se eximem do atendimento aos pacientes, encaminhando-os para profissionais especializados, mesmo dispondo de recursos para sanar as problemáticas dos pacientes.

Neste contexto, no viés reverso, um paciente que nunca foi assistido pela atenção primária ser atendido em uma unidade de pronto socorro, medicado e liberado, sem que haja uma sequência lógica (diga-se de passagem, “racional”) em seu tratamento, apenas com foco na sintomatologia.

Passados 25 anos do estudo realizado pelo autor Cecílio (1997) ainda é perceptível tais situações nas quais, as unidades além de superlotadas, geram um grande desgaste físico e mental aos profissionais e aos pacientes que procuravam as unidades indiscriminadamente e tem que aguardar o período de atendimento conforme a Escala de Classificação de Risco do Ministério da Saúde e de Manchester, implantada nas triagens para atendimentos de urgências e emergências (Junqueira *et al.*, 2023; Ramos *et al.*, 2024; Bitencourt; Hortale, 2009).

Ramos *et al.* (2024) saliente que, com a finalidade de minimizar a superlotação das redes de Pronto Atendimento, é necessário haver investimentos em programas de educação pública e encorajá-los a buscar atendimentos nas redes de saúde da família diante de questões não urgentes. Além disso, os autores levantam a problemática do subfinanciamento, obsolescência tecnológica e dificuldade em encontrar profissionais qualificados.

Contudo, não pode afirmar que apenas a população é desinformada, ou mal-educada, pois necessitam de serviço e buscam por ela da forma em que consideram mais eficaz e ágil, sendo o Pronto Atendimento responsável por diversas resolutividades de diagnósticos de quadros clínicos da atenção primária e condutas pertinentes ao prognóstico, de forma rápida e eficiente.

Além disso, considerando as necessidades de cada sujeito em um modelo assistencial pré estruturado, Cecílio (1997) salienta um modelo circular de trabalho no sistema de saúde.

Segundo o autor, o usuário acessa o sistema de diferentes modos, muito além daquelas definidas como porta de entrada. Para complementar, O Decreto Presidencial 7508/11 aborda algumas diretrizes que reconhece como meio de porta de entrada os serviços de urgências e emergências e não somente as unidades básicas de saúde (Brasil, 2011).

O processo assistencial em saúde requerer expertise dos profissionais atuantes, além de um sistema robusto de gestão com a finalidade de solucionar e mitigar ocorrências inerentes aos atendimentos populacionais, além de dar suporte as unidades de urgências e emergências referente a superlotação da rede de urgências e emergências (Ramos *et al.*, 2024).

Conforme Cecílio *et al.* (2014) é imprescindível trabalhar junto aos usuários, mantendo uma cogeção, como uma sabedoria assessora ao saber dos profissionais especialistas, com orientações profundas a ponto de transformar o pensar e a organização dos cuidados.

O autor Cecílio (1997) em seu conceituado estudo afirma que a função das unidades básicas é de se comprometer ao atendimento dos pacientes, de modo a atender a todos que busquem auxílio na unidade, contudo, mesmo com a criação das ESF e a descentralização dos cuidados vemos que ainda está longe de se obter tais objetivos.

De toda forma, há uma aprendizagem que os diferentes atores fazem a partir do cotidiano dos serviços, seja para compreender os modos de funcionamento, seja para processar estratégias de regulação com base nas suas necessidades e lógicas. Cecílio *et al.* (2014), no estudo das formas de acesso aos serviços de emergência, identificaram diferentes lógicas de regulação, que são produzidas a partir da interação dos saberes dos diferentes atores que mediam as políticas de funcionamento dos serviços.

Em um estudo realizado por Ramos *et al.* (2024, p. 12) observando indicadores de saúde em 50 unidades de saúde, com os seguintes indicadores definidos: “Tempo de Permanência do Paciente (Length Of Stay: LOS); Tempo Porta-Médico (Door-Dock); Número de Pessoas que saíram da Unidade sem serem atendidos por um médico (Left Without Being Seen: LWBS) e Taxa de Evasão”, verificou-se que 150 mil atendimentos em UPA foram de baixa gravidade.

A complexidade do trabalho no interior dos serviços e sistemas de saúde é insumo para processos de aprendizagem, já está reconhecido na literatura do campo da saúde coletiva, sobretudo nos estudos da micropolítica do trabalho e, ainda mais fortemente, nas produções do campo da educação permanente em saúde (Ceccim; Ferla, 2008).

Para Ceccim e Ferla (2008), é primordial que ocorra uma reorientação dos profissionais de saúde, visando uma rede de cuidados contínua aos usuários do sistema de saúde, permitindo o acesso a todas as ofertas dispostas ao enfrentamento das doenças e promoção da saúde de modo eficiente. E parte dessa reorientação pode ser feita a partir da análise do cotidiano do

trabalho, pelos próprios trabalhadores, em iniciativas de educação permanente em saúde. Ou seja, para esses autores (Ceccim; Ferla, 2008) os serviços e sistemas de saúde são, ao mesmo tempo e de forma indissociável, lugares de exercício do trabalho (atenção, gestão, formação) e de aprendizagem no/pelo trabalho e, portanto, produtores de conhecimento significativo.

Uma abordagem mais holística e integrada da saúde reconhece a interconexão entre os diferentes aspectos da vida das pessoas e busca promover o bem-estar de forma mais abrangente, levando em conta não apenas a ausência de doenças, mas também fatores como qualidade de vida, equidade e justiça social (Ramos *et al.*, 2024).

Um estudo realizado por Uchimura *et al.* (2015) onde buscou, por meio de uma pesquisa multicêntrica sobre as Rede de Atenção à Urgências e Emergências (RUE), demonstrar o desempenho das unidades de pronto atendimento no estado do Paraná, evidenciou que a elevada demanda de atendimento nas UPA é atribuída ao difícil acesso às unidades de saúde primárias, além de questões socioculturais do entendimento dos pacientes referente ao processo de saúde-doença.

Para os autores Ramos *et al.* (2024) é necessário avaliar a organização das redes de saúde sob a perspectiva holística, sendo relevante para a saúde pública esse posicionamento, onde ocorre intervenções de políticas que consideram variações dos determinantes sociais, ambientais e econômicos.

Como meio de interligar a comunicação entre as unidades e viabilizar a RAS há o sistema E-Saúde em todas as unidades na cidade pesquisada pelo autor, que é Curitiba, propiciando acesso a atendimentos, a exames, relatórios e planejamentos médicos e não médicos (Uchimura *et al.*, 2015).

Os autores Uchimura *et al.* (2015) pontuaram que, em seu estudo, foi averiguado como principal motivo de busca às UPA o fato de não haver vagas para atendimento nas unidades de saúde, e em uma unidade, a ausência de serviço médico, favorecendo o encaminhamento para as unidades emergenciais.

Com isso, o tema deste estudo, possui o enfoque de análise das práticas no interior dos serviços de saúde, constituindo-se como uma micropolítica com a finalidade de avaliar duas unidades de saúde que prestam cuidados para pacientes da atenção primária e colocar em prática medidas de promoção da saúde.

Vale salientar que é fundamental realizar avaliações contínuas dos serviços prestados e ofertados viabilizando a promoção da saúde. As lutas para se obter uma saúde melhor ainda não acabaram, sempre há o que melhorar, sempre há o que se buscar, sempre há o que se questionar,

e dentre essa gama de questões é que emerge as transformações, pois a saúde não possui uma trajetória única, mas diversas trajetórias que se tangem em uníssonos (Ceccim; Ferla, 2008).

Conforme Ceccim e Ferla (2008) aprender é operar práticas determinadas de modos diferenciados aos de costume, é inventar, elaborar novos caminhos em um mundo cujas informações são digeridas, fagocitadas, transfiguradas, criando-se assim, novas subjetividades, diga-se de passagem, um novo mundo.

Neste contexto, esse estudo dentro do Mestrado da Saúde da Família possui a finalidade de melhorar a saúde, e questionar questões que passam despercebidas no dia a dia, mas que podem ser aprimoradas, mesmo sendo um estudo realizado em unidades restritas, com dados únicos, que muitas vezes não convém generalizar, entretanto, com o intuito de serem unidades modelos de implementação de medidas que futuramente possam ser referência para as demais unidades.

Com isso, diante do exposto, este estudo buscou se aprofundar nessas necessidades dos usuários em buscar atendimento nas unidades de pronto atendimento, observar as redes vivas traçadas pelas cartografias dos usuários na micropolítica da saúde diante de acometimentos sensíveis à atenção primária, verificando quais os determinantes para essa preferência e o diferencial destas unidades de atendimento de demanda espontânea para as unidades ESF e UBS diante das queixas dos pacientes.

2.5 Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde

Em contexto nacional e internacional, observa-se séries de investigações quanto aos indicadores de atividades hospitalares como observatório da efetividade da atenção primária, sendo, em 17 de abril de 2008, criado a portaria 221, visando a redução de internações por condições sensíveis a atenção primária, criando-se uma lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) conforme descrito no Anexo A.

Utilizar a lista de condições sensíveis à Atenção Primária considera a possibilidade de inclusão de indicadores de atividades hospitalares como medida indireta para verificação de funcionamento da Estratégia Saúde da Família. Além disso, não exclui-se a Estratégia de Saúde da Família como prioritária na reorganização do sistema de saúde.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são listadas por grupos de diagnósticos conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo divididos em 19 grupos de diagnósticos, sendo descritos ordenadamente como: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; Gastroenterites Infeciosas e complicações;

Anemia; Deficiências Nutricionais; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas; Asma; Doenças pulmonares; Hipertensão; Angina; Insuficiência Cardíaca; Doenças Cerebrovasculares; Diabetes melitus; Epilepsias; Infecção no Rim e Trato Urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; e Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto (Brasil, 2008).

Os autores Alfradique *et al.* (2009) salienta que as condições sensíveis a atenção primária são um conjunto de problemas de saúde, os quais diminuiriam os riscos de internações caso houvesse uma ação efetiva da atenção primária. Sendo preveníveis através de atividades simples tais como: prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de doenças agudizadas e acompanhamento e controle de doenças crônicas.

Um estudo de mestrado acadêmico em Saúde Coletiva realizado por Canto (2017) analisou indicadores de internações ICSAB nos municípios e regiões do Rio Grande do Sul de 2008 a 2015, em 30 Regiões de Saúde, junto a fontes literárias para agregar maior conhecimento, concluindo-se que a ampliação de acessos a APS diminui as taxas de internações hospitalares. Com isso, estudar tais indicadores torna-se necessário para verificar a adesão da população ao programa Saúde da Família e se há resolutividade dos casos. Utilizar os percentuais de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é uma das formas de monitoramento visando averiguar o desempenho do sistema de saúde e seus serviços, sendo averiguado em diversos países conforme apontado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A organização reafirma que tais condições, quando há um atendimento ambulatorial adequado, podem potencialmente prevenir a demanda de internações e as complicações de afecções, até mesmo nas formas mais graves (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2023).

Os indicadores de internações por causas sensíveis são usados em diversos países para analisar a efetividade da APS. Os países da OCDE utilizam a resolutividade na APS como indicador de qualidade no sistema de saúde de países membros (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2023).

Gastos com internações em unidades hospitalares são componentes significativos nas despesas da saúde. Sendo parte substancial no orçamento do SUS. A redução das internações não possui enfoque apenas de melhora de qualidade de vida dos pacientes, mas também agregar economia aos cofres públicos do SUS, os quais estima-se que a elevação dos custos esteja correlacionado com prolongamento de tratamentos e complicações preveníveis diante de intervenções precoces e eficientes da APS (Oliveira et al., 2023).

Estudo realizado recentemente, onde verificou-se que os custos devido internações hospitalares por Condições Sensíveis a APS no Brasil nos anos de 2014 a 2023 observou que ocorreu elevação dos custos associados a ICSAP no Brasil, mesmo havendo menores taxas de internações. O estudo aponta que “a cada um real gasto com internação no Brasil, 15 centavos foram relacionados a causas que poderiam ser evitadas pela Atenção Primária Saúde” (Barreiros *et al.* 2024, p. 13).

Canto (2017) salienta que o fortalecimento da Atenção Básica esta fortemente ligada aos avanços e implementação do SUS, e o ICSAB torna-se um forte indicador e importante para a contribuição de conhecimentos de variáveis na organização efetiva da APS.

Os maiores índices de custos brasileiros prevaleceram com as doenças infectocontagiosas com maior foco na região Norte, e doenças cardiopulmonares na região Sul, entretanto, chama-se atenção a região Centro Oeste, que apresentou custos mais elevados para ICSAP quando comparado as demais regiões, mesmo possuindo uma população minoritária em 13% (Barreiros *et al.* 2024).

Entretanto, uma fragilidade encontrada na lista de condições sensíveis a atenção primária é a necessidade de atualização, considerando diversas doenças a serem incluídas nessa lista, além de reestruturações necessárias voltadas a Estratégia da Saúde da Família.

2.6 Redes Vivas existenciais e caminhos para a continuidade do cuidado em rede

A partir deste estudo busca-se problematizar temáticas inclusas na área da saúde coletiva brasileira, buscando possibilidades de produções de conhecimento que não necessariamente foram instituídos e validados anteriormente, contudo, podem ser meios de novas possibilidades na produção do conhecimento, além de gerar novas temáticas e estudos coletivos na saúde.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem a definição de serem arranjos organizacionais das ações de saúde e de seus serviços, possuindo diversas densidades tecnológicas, buscando garantir a integralidade no cuidado por meio de um sistema de apoio de gestão, técnico e de logística (Brasil, 2010).

O principal objetivo da RAS é a promoção da integração sistêmica, de serviços e ações em saúde, promovendo ação integral, contínua, qualificada, responsável e humanizada, além de viabilizar o desempenho sistemático, de acessos, equidades, eficácia sanitária e clínica e uma economia eficiente (Brasil, 2010).

Entretanto, Merhy e Cecílio (2003) nos trazem uma outra definição do processo das RAS, como um campo informal em diversos momentos, percorrendo múltiplos circuitos e fluxos de usuários, com fluxos inconstantes, fundamentados no protagonismo e interesses plurais, que não devem ser singulares a racionalidade institucional ordenadora. Esses fluxos de redes estão em constantes construções, ofertando diferentes serviços e ações de saúde que possuem acessos diversificados, conforme as possibilidades e necessidades singulares (Hadad; Jorge, 2018).

As redes vivas são construções formadas partindo das conexões de interações entre os serviços e ações, estando ou não relacionados ao campo da saúde. Constitui-se de um processo vivo, emergindo de diversos pontos, sem uma lógica instituída pela rede de saúde, possuindo códigos singulares ou plurais, associados a solidariedade, permutas, compartilhamentos, e até mesmo, desavenças e disputas, indicando a vida em produção (Merhy *et al.*, 2016).

Bem como no estudo do professor Merhy nos instiga a pensar em seus delírios, aborda também quanto aos seus sujeitos de produção e suas influências singulares e coletivas implicam, que uma medicação se torna um sujeito modificador de sua condição, em uma relação psicanalítica de dependência, nas palavras do autor “E ele é tão sujeito, que me agencia, que produz subjetivação em mim” (Merhy, 2018, p. 18).

Nesta vertente, o estudo dos autores Feuerwerker, Merhy e Silva (2016) salientam que os usuários dos serviços de saúde, de um modo geral, procuram por modos de vínculos e relações em diversos possíveis territórios, por meios singulares, atuando nessas construções como uma situação subjetivante, o território então é situacional e existencial, com vários sentidos em sua produção.

Com isso, os usuários apropriam-se do território geográfico, construído socialmente como referência, onde o bairro e os instrumentos institucionais são subjetivos à suas referências por estarem inseridos no campo territorial. Em contrapartida, esse processo é algo vazado, uma vez que os usuários buscam outras formas que lhes fazem sentido, em outros locais materiais que não somente restrito naquele espaço geográfico (Feuerwerker; Merhy; Silva, 2016).

Para Merhy *et al.* (2016) o acesso dos usuários perpassa a rede formal e, muitas vezes, burocráticas, descompromissadas e com enfoque nas problemáticas de saúde em que o cuidar torna-se um acaso e não um compromisso. Com isso, observa-se que os usuários e familiares traçam outras redes em busca de sanar suas necessidades, constituindo-se estas redes como redes vivas, as quais o usuário como nômade, protagoniza e produz, de modo singular, acontecimentos para viabilizar seu processo de saúde. Durante a vivência o usuário possui a

capacidade de tramitar em territórios imperceptíveis as equipes de saúde, construindo conexões múltiplas em sua vida.

Experienciar estudos das redes de saúde sob a perspectiva de olhares diversificados (usuário, gestor e profissional) é um intenso desafio complexo, pertinente e estratégico, considerando que as redes vivas em saúde são ações forjadas por diferentes atores que transformam as redes de saúde cotidianas (Amorim, 2016).

Segundo o estudo do professor Merhy *et al.* (2016) grande parte dos serviços de saúde possuem lógicas de produção voltadas aos campos de profissões, protocolos e procedimentos, em uma lógica organizacional e burocrática, dissipando as multiplicidades existenciais que compõem os sujeitos. Com isso, pesquisas enfocando a cartografia nômade dos sujeitos usuários dos serviços como guias do processo saúde demonstram o quanto há um desconhecimento perante o outro com o seguimento de redes formais de saúde.

Na produção do cuidado é essencial desconstruir definições hegemônicas de abordagens enfocadas na necessidade de saúde, partindo-se da epidemiologia e da clínica. Com isso, se abre um espaço para debate dos usuários sobre as reais necessidades de saúde, permeando a lógica na produção da vida e inserindo-a na elaboração de projetos terapêuticos, de modo dialógico, possibilitando a construção de novas possibilidades e arranjos no enfrentamento de situações da saúde, recorrendo a autonomia dos usuários dos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2020).

Em outras palavras, a saúde no território constitui-se por meio de mapas de saúde os quais possuem uma geografia distribuída com recursos humanos, serviços e ações de saúde ofertados pelo SUS e iniciativas privadas, conforme a capacidade existente, os investimentos empregados e os desempenhos por meio de indicadores de saúde. Contudo, o usuário transforma esse mapa de saúde em mapas de cuidados, quando inicia-se o processo de operar sob o território, sem delimitação de espaço geográfico, na busca de novas formas de se fazer saúde (Amorim, 2016; Feuerwerker; Merhy; Silva, 2016).

Os momentos e movimentos das redes vivas são demarcadas pelo trabalho vivo e de trajeto do protagonismo dos usuários, por acessos nem sempre formalizados, propiciando novos desenhos de fluxos, e a formulação de uma rede de cuidados constantes. Proporciona aos usuários flexibilidade e mobilidade em múltiplas formas de adentrarem na rede, com perspectivas circulares e horizontais, conforme sua necessidade de acessibilidade (Hadad; Jorge, 2018).

Já na RAS, o foco é nas relações horizontais, como abordado na extração a seguir de Brasil (2010):

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (Brasil, 2010, p. 02).

Sendo assim, as redes de sistemas regulatórios por fluxos hierarquizados, em sua maioria, são redes fragmentadas, com ausência de diálogo e nenhuma prioridade do usuário. Elaboradas de forma dura e, por diversas vezes, não possuem implicação profissional com os resultados das ações, fato que pode produzir a descontinuidade da rede e do cuidado (Haddad; Jorge, 2018).

As redes vivas de saúde através do usuário-guia são processos em que o usuário nos guia a partir de sua própria visão, de sua realidade existencial, propiciando novos caminhos e trajetos, não tomando o observador pela mão, mas deixando-o ser levado por ele – usuário-guia. Perspectiva esta que passa a ter o usuário como centralidade do saber em produção, partindo de outros pontos, propiciando outras possibilidades para os acontecimentos e os encontros. Permitindo-se assim, a construção de memórias não institucionais do cuidado, trazendo em cena a oralidade dos processos de cuidar, especialmente, além das redes formalizadas (Oliveira *et al.*, 2020).

Na produção em redes vivas, os usuários vão acionando e elaborando linhas e pontos que se atravessam em diferentes modos, compondo novas redes vivas a todo o tempo, partindo dos desconfortos e carências. O usuário acaba tecendo redes que o sistema de saúde não consegue oferecer de modo oportuno. Seja por meio de arrecadação de recursos por meio de campanhas televisivas e de rádios ou nas redes sociais, construindo vínculos com diferentes estados na troca de recursos e informações (Merhy *et al.*, 2016).

Os usuários são em si, as redes vivas que produzem, e estão em constante produção de movimentos, construindo saberes e partilhando as formas de cuidados, considerando que o usuário é quem possui a compreensão das necessidades de cuidados e de suas dúvidas (Merhy *et al.*, 2016).

2.7 O pesquisador como produtor de saberes em saúde

O autor Feuerwerker (2013) salienta que a produção do cuidado é processo fundamental do trabalho em saúde, os quais são produzidos dos encontros entre trabalhador e os usuários.

O cuidado em ação são modos de estar *in* mundo, de construir redes de conexões potencializando o cuidar. O cuidado vai muito além dos processos de doença, dos diagnósticos transmitidos, dos exames e medicamentos impostos aos usuários, vai além das condicionalidades materiais, extravasam as redes que são ofertadas pelos profissionais de saúde e os serviços de saúde territoriais (Feuerwerker; 2013).

Entretanto, o profissional em seu mundo mecanizado e de embotamento para as mudanças que estão ocorrendo na rede viva ao seu entorno, prefere fechar-se e espera que o usuário organize sua vida da forma que ele pode, sob a ótica dos saberes técnicos científicos, decorridos de suas afecções acometidas pelo agravo a ser enfrentado. Prefere se cegar ao ver a contribuição do usuário para as mudanças que devem e que já estão acontecendo, a desterritorialização, a desfragmentação dos ensinamentos verticais, a “Rede viva” em ação.

Os autores Abrahão *et al.* (2014) em seu estudo “O pesquisador *in-mundo* e o processo de outras formas de investigação em saúde” afirmam que emerge da mistura do pesquisador com o campo formas ativadoras e produtoras de construções de conhecimento, sendo imprescindível este tingimento, expressando subjetividades.

Relembra-se aqui, a fala do professor Merhy, (2018, p. 18) ao falar da necessidade em utilizar-se medicações cotidianas, viu-se como sendo agenciados pelos comprimidos, nas falas do autor “ele é tão sujeito, que me agencia, que produz subjetivação em mim”. Neste mesmo contexto, o pesquisador deixa de ser neutro, produzindo ações políticas ativas, contaminando-se através das passagens de múltiplos processos de fabricações de mundos e de subjetivações (Abrahão *et al.*, 2014).

Abrir diálogo com os autores cotidianos é primordial para que não haja restrição ao plano formal, as normas, leis e portarias que enunciam e anunciam. Tais gestões abrem conexões e espaços insuficientes na garantia de produções compartilhadas, responsabilidades e vínculos (Feuerwerker, 2016).

No estudo de Oliveira *et al.* (2020) ao serem questionados sobre sua pesquisa, viram-se na análise como agenciadores, as provocações refletiam a necessidade de desterritorialização e, com isso, construir novos territórios existenciais, com narrativas novas. As concepções das vivências refletiam um novo sentido, a vibratilidade cartográfica do pesquisador entrava em cena, iniciando um movimento de identificação de marcas existentes, fazendo que cada encontro seja uma vibração corporal mais intensa.

As formalidades são invadidas pela produção viva, mobilizada por autores atuantes como os trabalhadores, os usuários e os gestores, com a finalidade de construir potências. As pesquisas possibilitam encontros com a vida pulsante, abrindo espaço para reflexões

compartilhadas, interrogações e aprendizagens que diversas vezes foram omitidas, mas vigente no trabalho e na vida (Feuerwerker, 2016).

Conforme o professor Merhy salienta, nessas situações o sujeito fica tão implicado com o processo, que ao indagar o sentido situacional em foco, questiona a si próprio e sua significância quanto sujeito inserido no processo. Com isso, elenca-se a frase escritas pelos autores Abrahão *et al.* os quais referem que “O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos (Abrahão *et al.* 2014, p. 157).”

Este estudo emergiu como visão implicada da autora para as várias situações encontradas nas unidades emergenciais de atendimentos que deveriam ocorrer na atenção primária, contudo, estava ocorrendo nas unidades de atendimento de demanda espontânea como porta de entrada ao sistema de saúde. Como profissional atuante em um hospital de pequeno porte, perguntava-se sempre a mesma pergunta: Oras, o que há de errado? Com isso, viu-se implicada de tal forma que juntou seus pertences e foi à luta na busca de respostas.

2.8 Cartografia do cuidado na micropolítica do trabalho em saúde: produzindo saberes e cuidados através das caixas de ferramentas

É necessário analisar as redes vivas existentes nas unidades pesquisadas, mesmo que seja em unidades isoladas, não podendo generalizar nem comparar com outras unidades por conter demandas e fluxos contínuos e diferenciados, além disso, viu-se a necessidade de destrinchar a caixa de ferramentas tecnológicas existente no âmbito da saúde, na busca de uma que melhor correspondesse ao estudo proposto da melhor forma.

Para os autores Merhy, Feuerwerker e Gomes (2016), os profissionais utilizam caixas de ferramentas tecnológicas em encontro com os usuários, facilitando o processo de interseção. As ferramentas utilizadas são saberes e os desdobramentos imateriais e materiais, de acordo com o encontro e a finalidade almejada.

As três caixas de ferramentas principais são: vinculadas a propedêutica e procedimentos; aos saberes; e por fim, a que aborda as relações usuário e profissionais. Neste tópico será abordado a caixa de ferramenta que permite a relação trabalhador usuário, mediante o interesse, a escuta, a produção de vínculos, do trabalho vivo em ato, com isso, serão elaborados os mapas de cuidados que os usuários-guias utilizaram dentro das redes vivas existentes nestes locais.

Para iniciar a identificação e delimitação das necessidades de saúde, o olhar clínico e epidemiológico do profissional dos serviços de saúde tem de definir as necessidades legítimas de saúde, que são prioritárias, e que sejam caracterizadas como necessidades de saúde que possuem urgência ou emergência. Os usuários, em sua maioria, são julgados a priori, rotulados como adequados ou não ao serviço que estão utilizando, neste contexto, o usuário necessita ser “educado” para entender qual a porta de entrada correta segundo as suas queixas (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

É neste território de ação viva que a negociação acontece, partindo da premissa das afetações mútuas. É nesse território a partir do trabalho vivo em ato e de suas articulações nos saberes mundiais das vivências entre usuário e profissionais, e não aprisionados pela clínica instrumental (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

Neste território de ações cuidadoras ocorrem a maioria das negociações, com mútuas afetações, território este, que pertence ao usuário e a todos os trabalhadores da saúde inseridos no sistema. Segundo as palavras dos autores *“É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica.”* (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016, p. 34).

Os encontros entre os usuários e os profissionais acontecem nesse território, onde faz-se valer a pena a autonomia dos fabricantes de saúde (dos usuários). Engana-se quem apenas olha o cuidado como clínica, o cuidado é o cerne dos serviços de saúde, o meio radical para que a defesa da vida aconteça (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

Neste contexto, saúde se configura como algo que expõe respeito a todos, suas vivências experimentadas, sobre suas escolhas e opiniões. O conhecer técnico profissional sob a ótica da saúde e as formas de lidar com partes desses processos, nada mais são, que partes de conhecimento, parte da ótica da saúde em vida e em ação (Feuerwerker; 2013).

Por outro lado, andando sempre de mãos dadas, a clínica é a territorialização das tecnologias leve-duras, estando inclusa no trabalho em ação, mas que alguns a tomam mais para si, que outros profissionais. Portanto trata-se de uma negociação territorial onde pressupõem-se a subordinação de uns ‘despidos’ de saberes, para outros detentores de saber (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

As tecnologias leves em seu território podem passar a visão de oferta dos saberes estruturados quanto ao corpo, e não como uma imposição de costumes de vida para a causa do sofrimento e desconforto instaurado. São ferramentas úteis ao lidar com as diferentes formas

de produção de vida, não se tornando uma carapaça nos aprisionando por repetições (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2016).

O cuidar deve construir conexões para potencializar sua ação, deve ir muito além das doenças, dos exames e diagnósticos e da medicalização. O processo de cuidar tem que ir muito além da materialização da vida, estar muito mais adiante do que os serviços de saúde podem oferecer e os profissionais (Feuerwerker; 2013).

As ações de saúde, assim como as atividades desenvolvidas pela humanidade, são atos em produção, sempre modificam algo ou produzem novos meios. São configurados como trabalho pois produzem efeitos, alteram o estado de coisas necessárias da sociedade e a necessidade singular dos usuários (Merhy; Feuerwerker; 2016).

Cá, me surge novamente as análises do professor Merhy, associado a falas da professora Feuerwerker, que aborda o uso das “caixas de ferramentas” nos encontros com os usuários e os profissionais de saúde, facilitando esse processo de agir no método de interseção. Ferramentas estas que facilitam a troca de saberes e os desdobramentos imateriais e materiais, as quais fazem sentidos conforme o local em que estão inseridas nos encontros, bem como suas finalidades a serem almejadas (Feuerwerker; 2013).

Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos (Feuerwerker; 2013, p. 39).

A caixa de ferramenta inicial, é a que permite o manuseio do otoscópio, estetoscópio e outros equipamentos que possibilitam acessar dados físicos, resultados laboratoriais e imagens, que são fundamentais para o embasamento clínico, além de equipamentos e medicamentos para intervenção terapêutica. A essas ferramentas denominamos como ferramentas de tecnologia duras (Feuerwerker; 2013).

A próxima caixa de ferramentas é a segunda, onde se permite ter uma visão profissional sob a ótica do usuário, com a objetivação de intervenção. Esse olhar é permeado através dos saberes definidos, como no uso da clínica, da epidemiologia, com trabalho vivo em ato, com interação com o usuário de seu modo singular e imprevisível, findada no raciocínio clínico, por incertezas e situações (Feuerwerker; 2013).

É neste momento, que os profissionais necessitam ter um olhar com saberes definidos, conectando a clínica e a epidemiologia, mas sabendo seu espaço de atuação no trabalho vivo,

interagindo com seus usuários que, por sua vez, são singulares e imprevisíveis, mas possuem sempre uma mediação ao raciocínio clínico (Merhy; Feuerwerker; 2016).

Essa segunda caixa de ferramenta sempre é permeada entre dureza perceptiva, do pensar estruturado e da leveza necessária ao usuário, podendo utilizar-se um ou mais processos. A primeira caixa de ferramentas, então, ganha sentido, ganha vida nos atos da saúde. Devido essa maleabilidade de conduzir o ato clínico, que pode ser através de processos estruturados e voltados aos procedimentos ou leve e mais permeável as tecnologias utilizadas nesse território são denominadas como leve-duras (Feuerwerker; 2013).

A terceira caixa de ferramentas permite a criação de vínculos, criando relações nos encontros dos usuários e do trabalhador, com escuta ativa, interesse, construção de vínculos, confiança, sendo a que capta mais ainda a singularidade dos usuários, o contexto em que se encaixa, suas culturas, seus determinantes sociais, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos profissionais médicos (Feuerwerker; 2013).

São nesses encontros e troca de saberes entre profissionais e usuários que o território adquire importância, onde o usuário pode atuar, interagir, ser coprodutor de sua saúde e afetar. Para essa produção de cuidado através do encontro em ato, são utilizadas as tecnologias leves (Merhy; Feuerwerker; 2016).

A modelagem do sistema de saúde, nada mais é, que a combinação dessas três tecnologias (leves, leves-duras e duras), configurando distintos modelos de saúde conforme são empregadas. Como exemplo, a mais comumente utilizada, o modelo hegemônico possui um empobrecimento de tecnologias leves, necessitando de arranjos tecnológicos mais voltados as tecnologias leves-duras e duras, neste caso, o profissional reduz o cuidado apenas a produção de procedimentos, sendo este o ato de saúde em foco neste caso, com ausência de escuta e acolhimento do usuário (Feuerwerker; 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil de atendimentos realizados em duas unidades de pronto atendimento como um observatório da atenção primária e das ações territoriais, observando as redes vivas tecidas pelos usuários na micropolítica da saúde e a cartografia existente moldadas extramuros.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os atendimentos realizados nas unidades de Pronto Atendimento, conforme condições sensíveis à atenção primária;
- b) Analisar o funcionamento da rede de atenção às urgências e emergências como observatório das modelagens do sistema de saúde no território;
- c) Observar as redes vivas existenciais.

4 MÉTODOS

O estudo de campo, modelado como um estudo de casos múltiplos, possuiu como foco uma unidade de Pronto Atendimento Médico da cidade de Paraíso das Águas/MS e uma unidade hospitalar de São Gabriel do Oeste/MS e estudos da população que fez uso das unidades no período de fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em cada unidade. A escolha das unidades ocorreu pelo acesso facilitado da autora às unidades. Trata-se de uma pesquisa no campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, com ênfase predominante nas ciências sociais e humanas em saúde, situando-se no segmento de pesquisas avaliativas de implementação de políticas.

4.1 Caracterização

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa que analisou e caracterizou o acesso da população usuária dos serviços de pronto atendimento conforme a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária com base na Portaria 221 de abril de 2008, listando os grupos que geraram diagnósticos hospitalares conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Além disso, foram utilizados para obtenção dos dados análise de prontuários, que são classificados regularmente no fluxo de trabalho nas unidades a partir da escala de Manchester, do Ministério da Saúde e/ou próprio da unidade de saúde com classificação na triagem pelo enfermeiro como azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho, em muitos casos de pacientes que deveriam passar por atendimento em unidades de Atenção Primária.

Importante registrar que não se trata de manipular os prontuários dos usuários e captar dados que excedam aos registros regulares do serviço em relação à classificação de risco de cada atendimento, dispensando o acesso a qualquer outra informação de identificação dos usuários e/ou outra que possa eventualmente ter publicidade sobre cada usuário. Essa avaliação foi quantitativa, e após, foi realizado uma análise nas procuras pelas unidades de atendimento de demanda espontânea, a partir da observação conforme CSAP, com uma análise qualitativa do tipo análise temática de conteúdo.

Para este estudo foram utilizados fontes secundárias (sistema de informação de saúde e prontuários através do Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social - GSEA) e documentos oficiais (planos de saúde, relatórios de gestão e notícias através do Ministério da

Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES). Assim, os dados obtidos nos atendimentos podem ser contextualizados e compreendidos, permitindo a contribuição de futuros estudos de casos.

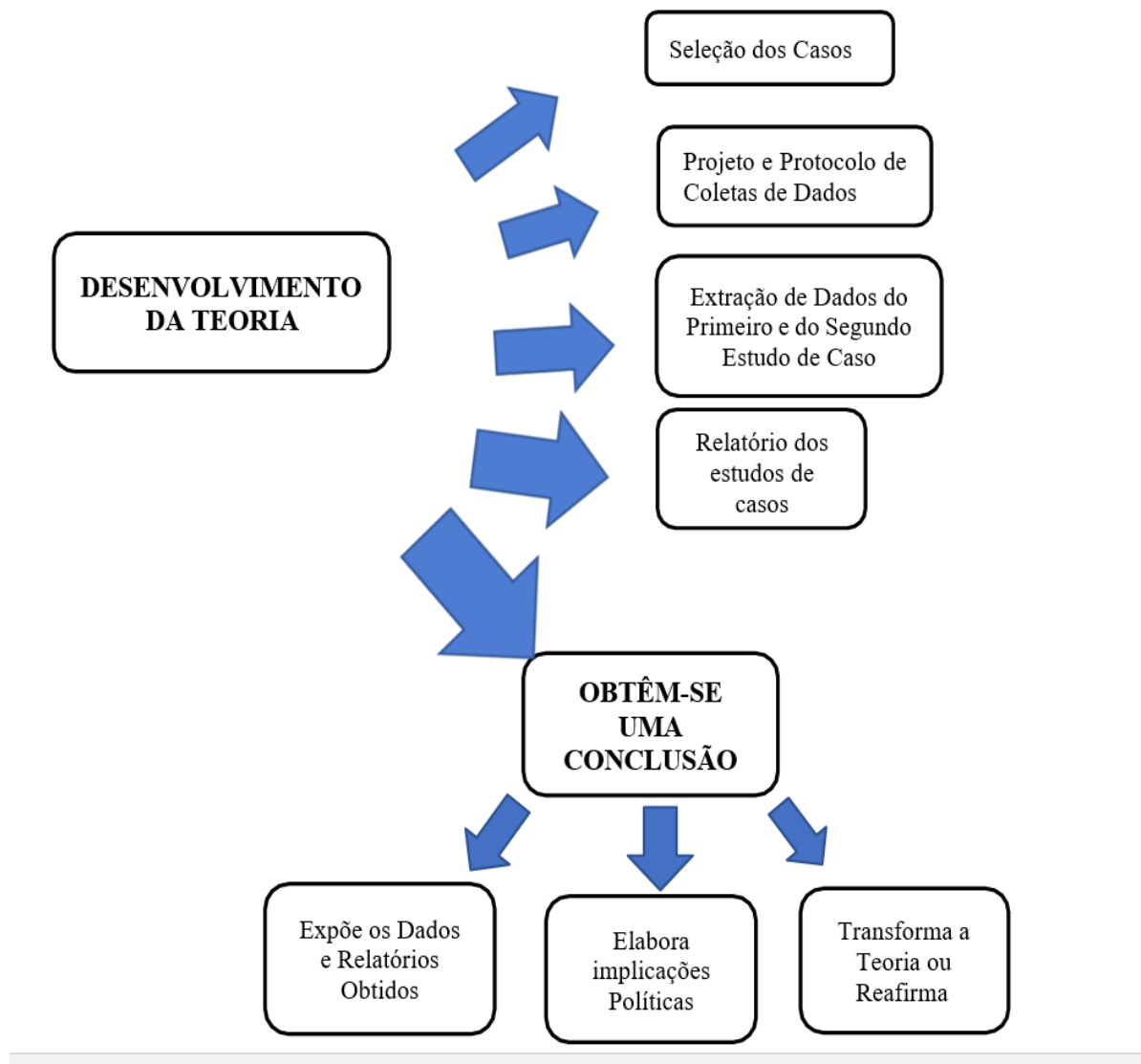
Foi realizado um estudo de casos múltiplos, neste contexto, um estudo de caso pressupõe uma análise descritiva densa de cada caso, permitindo-se assim, que possam ser observadas as diferentes unidades estudadas. Partindo dessa premissa, este estudo possuiu o enredo de comparar a inserção das unidades de atendimento de demanda espontânea nos respectivos sistemas de saúde, além da caracterização dos dados das próprias unidades, o que, definitivamente, caracteriza a pesquisa como de implementação de políticas. Os casos em estudo foram as respectivas unidades de atendimento de demanda espontânea.

Os autores Silva e Mercês (2018) afirmam que os estudos de caso são investigações empíricas profundas de fenômenos contemporâneos, mostrando a realidade, sendo uma metodologia abrangente, contemplando desde o seu planejamento do estudo, até as técnicas pertinentes para as análises estatísticas. Além disso, a pesquisa de casos múltiplos seguiu o planejamento conforme o Figura 04 seguinte:

A seleção dos serviços de saúde para a pesquisa empírica foi intencional. A cidade de Paraíso das Águas/MS foi escolhida pelo fato de ser uma cidade de pequeno porte, com apenas 5 mil habitantes aproximadamente, sem unidade hospitalar, com quatro Unidades Básicas de Saúde, porém com um fluxo considerável de atendimentos no PAM, principal unidade de atendimento de urgências e emergências locais responsável pelo atendimento de demanda espontânea local (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022).

Já, a cidade de São Gabriel do Oeste/MS, com aproximadamente 28 mil habitantes, possui uma unidade Hospitalar responsável pelo atendimento de urgências e emergências, que realiza diversos atendimentos corriqueiros e sensíveis a atenção primária, a cidade possui doze Unidades Básicas de Saúde voltadas a Atenção Primária (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022).

Figura 4 - Etapas do estudo de casos múltiplos



Além disso, o aprofundamento em casos múltiplos vai além de um caso isolado, propiciando evidências de estudos mais robustos. Dentre suas vantagens estão a aplicabilidade em diversas orientações epistemológicas utilizando-se múltiplas fontes para evidências, permitindo reflexões quanto as reais circunstâncias e buscando alternativas para sanar as problemáticas apontadas, viabilizando um avanço no conhecimento (Silva; Mercês, 2018).

Neste contexto, um estudo de caso pressupõe uma análise descritiva densa de cada caso, permitindo-se assim, que possam ser implementadas medidas de interferências. Partindo da premissa, este estudo possuiu o enredo de comparar a inserção das unidades de demanda espontânea nos respectivos sistemas de saúde, além de caracterização dos dados das próprias unidades.

Sendo possível também averiguar a produção de dados empíricos por meio da

observação da rede viva existencial nos municípios pesquisados, buscando compreender a perspectiva que os mobiliza aos diferentes modos de regular o acesso e a avaliação que fazem dos processos de trabalho no interior das UPA e nos serviços de atenção primária em saúde.

Nesse contexto, foi observado o processo cartográfico em ação dos usuários da atenção primária para acesso à rede de saúde, sobretudo para a análise das lógicas de regulação projetadas nos processos de trabalho, que são reveladoras dos modos de organização das redes e serviços e, dessa forma, ampliam a informação para o matriciamento e para o desenvolvimento do trabalho.

4.2 Fontes de dados

A pesquisa ocorreu por meio da coleta de dados em prontuários físicos e eletrônicos, mensurado no decorrer do estudo após estratificação dos dados coletados. Foram coletados os dados, sendo obtidos do serviço apenas os dados que caracterizassem o motivo do atendimento e a origem do usuário. Os dados fornecidos pelo serviço foram acessados e manipulados somente pela pesquisadora e pelo orientador, mantendo o sigilo das informações.

Para a classificação dos atendimentos, foi utilizada a tipologia proposta na Portaria 221 de abril de 2008 que aborda a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, os quais são listados por grupos que geraram internações e diagnósticos hospitalares conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (conforme Anexo A).

Além disso, foram averiguadas as escalas de classificação de riscos de Manchester e do Ministério da Saúde que define como azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho a prioridade para atendimentos de pacientes, principalmente os que poderiam passar por atendimento em outro momento nas unidades de Atenção Primária, mas que buscaram as UPA para atendimento médico nesse período definido.

4.3 Instrumento de Coleta/registro dos dados

Para os dados foram analisados os prontuários de usuários que buscaram os serviços das UPA durante um período previamente definido, para isso foram utilizados os dados fornecidos por um sistema eletrônico denominado de Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social (GSEA), onde possui uma riqueza de dados norteadores para a pesquisa, de modo integrado, conforme atendimentos que foram realizados nas unidades pesquisadas. Não ocorreu entrevistas com os profissionais e usuários.

4.4 Organização e análise dos dados

A análise dos dados foi desencadeada por meio de uma pesquisa em Referencial Bibliográfico e documental disponibilizados por base de dados e por fontes governamentais confiáveis, com abordagem quanti-qualitativa.

A base metodológica da pesquisa foi de casos múltiplos (Alves-Mazzotti, 2006). Nos estudos de caso, utiliza-se diferentes bases empíricas, primárias ou secundárias, para a produção dos dados da análise. Nos casos múltiplos, comparam-se os dados de cada caso em uma perspectiva histórica e entre os casos em estudo, que também são comparados com outros contextos e territórios.

No estudo que está sendo relatado, mais do que a expressão de séries, interessa explorar como os registros da produção realizada nos serviços em análise podem evidenciar condições do atendimento nos territórios municipais, gerando questões para a conversa entre gestores e trabalhadores, de tal forma que gerem ações de educação permanente e qualificação dos fluxos e ofertas assistenciais.

4.5 Processo de cartografia no território

A aproximação com o campo de estudo faz com que este seja algo de grande relevância para a autora do estudo, tornando-se implicate ao tema, sendo necessário, dentre suas teorias, buscar uma ferramenta que mais adeque ao propósito, sendo a teoria uma caixa de ferramenta ampla em vários aspectos.

Neste contexto, tornou-se fundamental se aprofundar na teoria da cartografia existente na micropolítica do trabalho em saúde, sendo primordial mencionar a leitura de grandes estudiosos neste campo, como o professor Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Túlio Franco e grandes professores contemporâneos como Deleuze, Foucault e Guattari.

Eis que emerge, submerso na teoria, a necessidade de observar as práticas de redes vivas no território em questão, como mencionado por Foucault e Deleuze (1989), não há uma teoria em desenvolvimento sem que haja os muros, tornando-se necessário a prática para o atravessamento desse muro.

Neste processo de produção de sentido da pesquisa foi essencial o uso de ferramentas de tecnologia do cuidado, utilizando-se de ferramentas duras, leves duras e leves, uma

complementando a outra, fazendo com que o estudo, antes somente teoria, ganhasse vida. Nesta fase, tornou-se primordial a utilização de um caderno de campo, companheiro este de estudo, que se aventurou pelas veredas das redes vivas em busca de informações pertinentes à pesquisa, anotando tudo que via, ouvia e percebia, sempre de modo neutro quanto pesquisadora das informações para não interferir no andamento das coletas de dados necessários, assim como mencionado pelo professor Merhy, trocando a perspectiva observada cotidianamente, olhando o sistema pelos olhos de quem o utiliza.

A teoria como caixa de ferramenta precisa ter uma utilidade, deixar-se ser atravessada pelo cotidiano, podendo se multiplicar. Neste contexto, a abordagem empírica do estudo de campo é uma oportunidade de observar a teoria, aos olhos de quem cuida, é cuidado e escolhe o seu modo de cuidado.

O primeiro mapa da cartografia dos territórios é a caracterização comparada da rede de atenção nos municípios da Região de Saúde, inclusive os dois municípios em estudo, sendo descrito a seguir, na Tabela 1, a caracterização da rede nos municípios de Mato Grosso do Sul, com destaque as cidades pesquisadas de Paraíso das Águas/MS e São Gabriel do Oeste/MS.

Tabela 1 – Caracterização da Rede de Atenção de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul

Municípios	Posto de Saúde	Centro de Saúde/ Unidade Básica	Policlínica	Hospital Geral	Hospital Especializado	Unidade Mista	Pronto Socorro Geral	Consultório Isolado	Clínica/ Centro de Especialidade	Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado)	Unidade Móvel Terrestre	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	Farmácia	Unidade de Vigilância em Saúde	Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	Centro de Parto Normal - Isolado	Hospital/ Dia - Isolado
Alcinópolis	-	2	-	1	-	-	-	10	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Anastácio	1	9	-	1	-	-	-	4	3	1	-	-	1	1	-	-	-
Aquidauana	-	15	2	3	-	-	-	67	11	7	3	1	3	1	-	-	-
Bandeirantes	-	3	1	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Bela Vista	-	8	2	1	-	-	-	14	4	3	-	-	-	-	-	-	-
Bodoquena	-	4	-	1	-	-	-	2	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Bonito	-	6	3	1	-	-	-	10	5	3	-	-	1	1	-	-	-
Camapuã	1	7	-	1	-	-	-	17	4	3	-	1	-	1	-	-	-
Campo Grande	-	81	47	16	8	-	1	625	226	125	11	17	42	7	5	1	1
Caracol	-	3	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Chapadão do Sul	-	8	-	1	-	-	-	66	5	10	-	-	4	2	-	-	-
Corguinho	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Costa Rica	-	5	-	1	-	-	-	45	7	5	2	-	-	-	-	-	-
Coxim	-	9	-	2	-	-	-	34	18	7	-	2	2	1	-	-	-
Dois Irmãos do Buriti	3	5	-	-	-	1	-	6	-	2	-	-	-	1	-	-	-
Figueirão	-	1	1	1	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Guia Lopes da Laguna	1	3	-	1	-	-	-	4	5	-	-	-	-	1	-	-	-
Jaraguari	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Jardim	-	9	-	1	-	-	-	33	9	7	1	-	11	-	-	-	-
Maracaju	-	13	3	1	-	-	-	28	13	8	-	1	4	1	-	-	-
Miranda	11	8	-	1	-	-	-	8	4	2	1	-	-	-	-	-	-
Nioaque	-	5	2	-	-	1	-	3	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Alvorada do Sul	-	7	1	1	-	-	-	12	5	3	-	-	5	-	-	-	-
Paraíso das águas	-	4	1	-	-	-	-	2	-	2	-	-	2	-	-	-	-
Pedro Gomes	-	3	-	1	-	-	-	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Porto Murtinho	-	3	-	1	-	-	-	4	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Ribas do Rio Pardo	1	7	2	1	-	-	-	19	6	9	-	1	-	-	-	-	-
Rio Negro	-	3	-	1	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Rio Verde de Mato Grosso	-	10	-	1	-	-	-	15	2	6	-	1	-	-	-	-	-
Rochedo	-	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Gabriel do Oeste	-	12	-	1	-	-	-	48	6	5	-	1	1	-	-	-	-
Sidrolândia	-	11	1	1	-	-	-	24	17	2	1	1	-	-	-	-	-
Sonora	-	6	-	1	-	-	-	17	5	5	-	-	1	-	-	-	-
Terenos	7	-	1	-	-	-	-	3	2	1	1	1	-	1	-	-	-
Total	26	277	69	44	8	4	1	1.132	366	221	21	28	78	21	5	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 2024.

Tabela 1 – Caracterização da Rede de Atenção de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul - *Continuação*

Municípios	Central de Gestão em Saúde	Centro de Atenção Hemoterapia de ou Hematológica	Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Apoio a Saúde da Família	Unidade de Atenção a Saúde Indígena	Pronto Atendimento	Polo Academia da Saúde	Telessaúde	Central de Regulação Médica das Urgências	Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	Laboratório de Saúde Pública	Central de Regulação do Acesso	Central de Notificação, Captção e Distrib de Órgãos Estadual	Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	Central de Abastecimento	Centro de Imunização	Total
Alcinópolis	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17
Anastácio	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Aquidauana	2	1	1	-	10	-	3	-	-	-	1	1	-	-	-	1	133
Bandeirantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	9
Bela Vista	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
Bodoquena	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Bonito	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
Camapuã	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	39
Campo Grande	15	4	7	-	2	10	-	4	1	14	2	3	2	27	1	5	1.310
Caracol	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	9
Chapadão do Sul	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	1	104
Corguinho	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	8
Costa Rica	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	70
Coxim	2	1	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	2	-	-	84
Dois Irmãos do Buriti	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
Figueirão	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Guia Lopes da Laguna	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Jaraguari	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	5
Jardim	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
Maracaju	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	77
Miranda	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	38
Nioaque	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Alvorada do Sul	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	38
Paraíso das águas	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	17
Pedro Gomes	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Porto Murtinho	1	-	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	18
Ribas do Rio Pardo	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	49
Rio Negro	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Rio Verde de Mato Grosso	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	39
Rochedo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
São Gabriel do Oeste	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	78
Sidrolândia	1	-	1	-	3	1	1	-	-	-	1	1	-	-	1	3	71
Sonora	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
Terenos	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	20
Total	51	6	19	4	23	13	23	5	1	14	7	15	2	35	5	12	2.538

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 2024.

4.6 Aspectos éticos

Os dados do sistema de informação de uso na saúde, o GSEA, constam em bases de acesso apenas para funcionários, onde possuem dados dos pacientes, mas durante a pesquisa realizou-se a busca por meio de relatórios do sistema onde não foi descrito dados singulares, apenas a pluralidade dos dados, os quais não contém a identificação das pessoas envolvidas, entretanto, foi preenchido o Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários (conforme Apêndice A e B).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) e considerou as normas éticas definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o número de Parecer 5.982.173. Sendo iniciado o estudo somente após a aprovação de Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, atendendo, no que couber, às Resoluções nº 196/96 e nº 466/2012 da CNS. Importante reiterar que se trata de uma pesquisa de avaliação da implementação de políticas, no caso a atenção às urgências e emergências em territórios definidos, conforme destacado até aqui. Conforme Resolução CEP/CONEP nº 674, de 6 de maio de 2022, trata-se de uma pesquisa que analisa fenômenos que acontecem no cotidiano de serviços de saúde, no caso unidades de Pronto Atendimento, não havendo intervenção no corpo humano, realizada a partir de acervo de dados pré-existentes, com observação dos processos de trabalho e sem entrevistas e sem uso de material biológico.

Os riscos de quebra do sigilo de informações de identidade foram mínimos, e prevenidos com a manipulação de fonte de dados que permite a coleta de dados sem denominar os usuários com o manuseio dos dados exclusivamente pela mestrandia e pelo orientador, sendo digitados em banco de dados não identificados e os documentos originais mantidos os questionários sob a guarda dos mesmos.

Conforme registra a Resolução CEP/CONEP nº 510, de 07 de abril de 2016, os riscos, que são mínimos, foram adotadas as medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos caso ocorra.

5 RESULTADOS

5.1 Entendendo a demanda e atendimentos das cidades cartografadas

O professor Merhy, junto a professora Feuerwerker e a professora Gomes (2016) abrem a visão de que há, atualmente, uma extrema objetivação do sujeito, com foco no olhar e ação do corpo biológico, onde muitos profissionais se esquecem de elementos que constituem a vivência e produção de vidas. Fatos estes fazem com que o profissional seja centrado no procedimento e vazio de interesse no outro, com empobrecimento da escuta ativa. Neste contexto, há um extravio das dimensões do cuidado, sua descaracterização, com detrimento da eficácia e potência.

Esse empobrecimento com deslegitimação do sujeito de modo vertical e unidirecional, tomando como base o problema e os meios de enfrentamento fogem as regras práticas para resolução de problemáticas, dificultando a adesão, principalmente das causas crônicas (Merhy; Feuerwerker, Gomes 2016). Fato este, que emergiu a necessidade de analisar as cidades pesquisadas para averiguar a cartografia dos cuidados locais.

A Tabela 02 a seguir, nos mostra a caracterização da rede de serviços das cidades pesquisadas segundo suas redes de cuidados, comparando-se a capital de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, como cidade referencial para ambas cidades analisadas, cada uma com suas particularidade e demanda.

Tabela 2 - Caracterização das Redes de Serviços das cidades de Campo Grande, São Gabriel do Oeste e Paraíso das Águas

Tipo de Estabelecimento	Campo Grande	São Gabriel do Oeste	Paraíso das Águas
Centro de Saúde/ Unidade Básica	81	12	4
Policlínica	47		1
Hospital Geral	16	1	
Hospital Especializado	8		
Pronto Socorro Geral	1		
Consultório Isolado	625	48	2
Clínica/ Centro de Especialidade	226	6	
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	125	5	2
Unidade Móvel Terrestre	11		
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Area de Urgência	17	1	
Farmácia	42		2
Unidade de Vigilância em Saúde	07	1	
Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	5		
Centro de Parto Normal - Isolado	1		
Hospital/Dia - Isolado	1		
Central de Gestão em Saúde	15	1	2
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	4		
Centro de Atenção Psicossocial	07	1	
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	2		
Pronto Atendimento	10		1
Telessaúde	4		
Central de Regulação Médica das Urgências	1		
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	14		
Laboratório de Saúde Pública	2		
Central de Regulação do Acesso	3		1
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	2		
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	27	2	2
Central de Abastecimento	1		
Centro de Imunização	5		
Total	1.310	78	17

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2024.

5.1.1 A cidade de São Gabriel do Oeste / MS como foco de estudo

O Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira, onde encontra-se o Pronto Socorro de São Gabriel do Oeste, é o principal acesso a população para atendimentos de urgências e emergências locais, a cidade possui aproximadamente 28 mil habitantes, segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021, encontrando-se a 133 quilômetros da capital de Mato Grosso do Sul, a cidade de Campo Grande.

A cidade possui apoio de Corpo de Bombeiros Militar (CBM), base de Suporte do SAMU que possui Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) e uma Companhia de Concessões Rodoviárias (CCR) prestando apoio ao hospital nos casos de urgências e emergências e resgate de pacientes que necessitam de atendimento pré-hospitalar.

Contudo, esta não é a única demanda local, considerando que o município acolhe usuários de cidades próximas, destacando as cidades de Campo Grande, Camapuã, Rio Negro, Rio Verde, Nova Alvorada do Sul e Bandeirantes, todas de Mato Grosso do Sul, em sua maioria, cidades próximas à cidade pesquisada, com usuários que utilizam o serviço até para situações de menores complexidades (demanda da APS), solicitando exames de imagem e laboratoriais utilizando a unidade como “porta de entrada” ao serviço de saúde. Sendo este dado, retirado com base no GSEA utilizando dados cadastrais de endereços relacionados ao Cartão do SUS dos usuários.

A unidade possui 04 profissionais enfermeiros direcionados apenas à Classificação de Risco dos Pacientes que utilizam a unidade, funcionando 24 horas em regime de escala 12hrs por 36 horas. Para respaldo da equipe em suas funções e atribuições da unidade há o Protocolo Operacional Padrão (POP) que foi elaborado e revisado no ano de 2020, bem como Manual de Classificação de Risco para respaldo do Enfermeiro durante a classificação de riscos.

Na tabela 01 é demonstrado os atendimentos de fevereiro, março e da primeira semana de abril de 2023, onde observa-se que os atendimentos de menor complexidade é predominante com as classificações verde, para atendimentos pouco urgente, em 60% (4.685) dos atendimentos aos usuários, seguidos dos atendimentos amarelos, onde há uma maior urgência para atendimento, com 25% (1.915) na demanda, atendimentos não urgentes com 13% (1.006) dos atendimentos e os atendimentos emergenciais, classificados como vermelho em somente 2% dos casos (168). A classificação laranja não possui dados pois a unidade segue a classificação de riscos do Ministério da Saúde que se utiliza apenas as cores: azul, verde, amarelo e vermelho.

Conforme demonstrado, ocorreram mais atendimentos médicos em março (4.381) quando comparado com o mês de fevereiro (2.611), o mês de abril (782) fora colocado apenas para contabilização até a data de início das coletas de informações em campo, mas no decorrer da coleta trouxe informações importantes e acréscimos de dados. No Apêndice D fora inclusa a tabela de atendimentos de forma esmiuçada, a qual detalha o dia a dia dos meses pesquisados, bem como classificações, atendimentos realizados e até mesmo os atendimentos cancelados.

Tabela 3 - Comparativo nas classificações de risco de fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS

Comparativo de meses			Fevereiro	Março	Primeira semana de Abril	Total
Não Urgência	Azul		295	637	074	1006
Pouco Urgente	Verde		1.625	2.576	484	4.685
Urgência	Amarelo		621	1.091	203	1915
Emergência	Vermelho		070	077	021	168
Total			2.611	4.381	782	7.774

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Utilizar-se das unidades de pronto atendimento como porta de entrada faz com que haja um maior quantitativo de profissionais para atender os pacientes em tempo oportuno e, em grandes centros de atendimento emergencial, uma demora maior para os atendimentos. Entretanto, como demonstrado na tabela 2 a seguir, observa-se que ocorreu atendimento dos pacientes em tempo ágil conforme os protocolos da unidade. A tabela mostra também, de forma exemplificada, a quantidade de atendimentos por cor e por porcentagem de atendimentos por classificação de riscos nos meses analisados, e a média de tempo de espera desde a chegada até o atendimento médico.

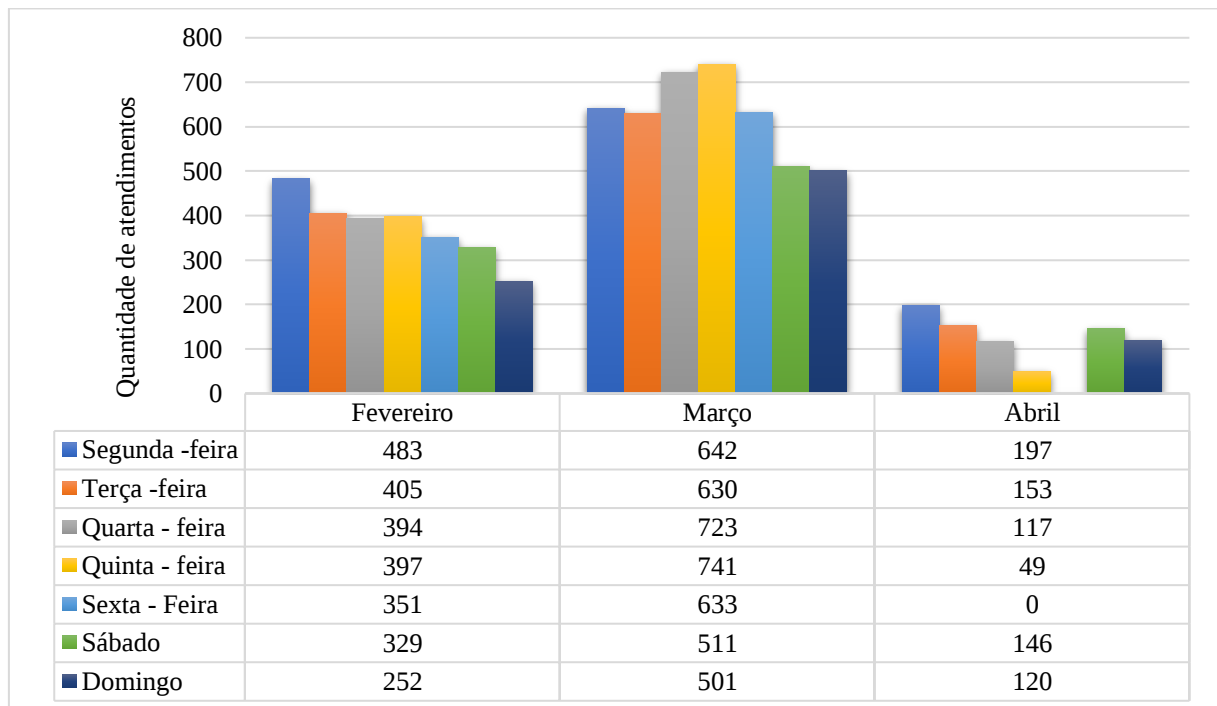
Tabela 4- Estimativa de tempo de espera para atendimento em fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS

Tempo preconizado por Classificação de Risco Fevereiro				
Cor	Tempo preconizado	Quantidade	Porcentagem	
Vermelho	Imediato	070	2,7	
Amarelo	60 min	621	23,8	
Verde	120 min	1625	62,2	
Azul	240 min	295	11,3	
Total		2611	100	
Tempo de espera para Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Vermelho	00:10:40	00:05:31	00:19:19	00:10:47
Amarelo	00:11:06	00:05:46	00:22:41	00:10:46
Verde	00:13:45	00:04:40	00:50:40	00:09:16
Azul	00:28:19	00:04:28	01:32:07	00:06:33
Tempo de espera por Classificação de Risco Março				
Cor	Tempo preconizado	Quantidade	Porcentagem	
Vermelho	Imediato	077	1,8	
Amarelo	60 min	1091	24,9	
Verde	120 min	2576	58,8	
Azul	240 min	637	14,5	
Total		4381	100	
Tempo de espera para Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Vermelho	00:09:52	00:05:18	00:16:09	00:10:46
Amarelo	00:14:28	00:05:11	00:22:27	00:09:11
Verde	00:17:13	00:04:14	01:06:28	00:06:55
Azul	00:30:54	00:03:48	02:04:51	00:05:08
Tempo de espera por Classificação de Risco na primeira semana de Abril				
Cor	Tempo preconizado	Quantidade	Porcentagem	
Vermelho	Imediato	021	2,7	
Amarelo	60 min	203	26,0	
Verde	120 min	484	61,9	
Azul	240 min	074	9,5	
Total		782	100	
Tempo de espera para Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Vermelho	00:12:02	00:03:49	00:17:53	00:08:46
Amarelo	00:12:42	00:05:21	00:32:05	00:09:52
Verde	00:17:17	00:04:10	01:26:53	00:07:52
Azul	00:35:08	00:02:57	02:23:27	00:06:42

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

A seguir será demonstrado por meio gráfico (Figura 05) os atendimentos distribuídos por dias da semana, com a finalidade de averiguar a demanda do atendimento. Os quais se observou que ocorreram uma predominância de atendimentos em março nos dias de quarta-feira e quinta-feira, ambas com aproximadamente 17% dos atendimentos, e os finais de semana, sábado e domingo, com os menores índices de atendimentos, 12% e 11% respectivamente.

Figura 5 - Resumo de atendimentos por dias da semana em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS



Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Contudo, de um modo geral, avaliando todos os meses pesquisados, segunda-feira foi o dia com maior número de atendimentos com fluxo de 1322 atendimentos (17%), seguida de quarta-feira com 1234 atendimentos médicos (16%), terça – feira e quinta – feira com 1188 e 1187 atendimentos médicos respectivamente (15%), sexta – feira com 984 atendimentos médicos (13%), sábado com 986 atendimentos médicos (13%) e, por fim, domingo com 873 atendimentos médicos (11%), sendo o dia com menor número de atendimentos.

A seguir, na tabela 03, serão apresentados os atendimentos de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que poderiam ter um acompanhamento adequado na APS, contudo, buscaram a unidade de Pronto Atendimento de São Gabriel do Oeste para resolutividade de

suas complicações, servindo, em muitos casos, como porta de entrada para o sistema de saúde local.

Os dados foram agrupados conforme os meses de análise da pesquisa, que são fevereiro, março e primeira semana de abril, evidenciando que as complicações com maiores taxas de recorrência são as de Infecções de ouvido, nariz e garganta com cerca de 1.128 casos (57,23%) totalizados nos meses de pesquisa, com prevalência de casos em março, com 790 casos. Seguidas de Gastroenterites Infecciosas e complicações com 416 casos (21,11%) de queixas da doença; Infecção no Rim e Trato Urinário com 108 casos (5,48%); Infecção da pele e tecido subcutâneo com 92 casos (4,67%); Doenças pulmonares com taxa de prevalência de 83 casos (4,21%); Asma com 39 casos (1,98%); Pneumonias bacterianas 38 casos (1,93%); Hipertensão com 25 casos (1,27%); Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto com 09 casos (0,46%); Epilepsia 08 casos (0,41%); Doenças Cerebrovasculares 06 casos (0,30%); Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos com 04 casos (0,20%); Insuficiência Cardíaca com 04 casos (0,20%); Úlcera gastrointestinal com 04 casos (0,20%); Diabetes Melitus com 03 casos (0,15%); Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis com 02 casos (0,10%); e Angina com 02 casos (0,10%).

Tabela 5 - Atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS

2023		Fevereiro		Março		Abril	
Cód.	Condições Sensíveis à Atenção Primária	N	Total	N	Total	N	Total
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis						
	Sífilis genital primária	0	0	2	2	0	0
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações						
	Outras infecções intestinais especificadas	0	100	1	273	0	43
	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa	100		272		43	
3	Anemia						
4	Deficiências Nutricionais						
5	Infeções de ouvido, nariz e garganta						
	Otite média não especificada	2	158	17	790	1	180
	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	37		175		78	
	Otite média aguda supurativa	0		1		1	
	Otite média supurativa não especificada	0		4		0	
	Sinusite maxilar aguda	1		0		0	
	Sinusite frontal aguda	0		9		1	
	Pansinusite aguda	1		1		1	
	Outras sinusites agudas	2		20		0	
	Sinusite aguda não especificada	2		5		2	
	Faringite aguda não especificada	1		20		3	
	Faringite estreptocócica	0		1		0	
	Amigdalite estreptocócica	4		1		3	
	Amigdalite aguda devida a outros microrganismos	2		2		4	
	Amigdalite aguda não especificada	43		111		14	
	Laringite aguda	0		1		0	
	Laringite obstrutiva aguda [crupe]	0		2		0	
	Laringo faringite aguda	0		1		0	
	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	0		2		0	
	Outras infecções agudas das vias aéreas superiores	2		0		0	
	Infecção aguda das vias aéreas superiores não	61		417		72	
6	Pneumonias bacterianas						
	Broncopneumonia não especificada	0	0	0	29	8	9
	Pneumonia não especificada	0		28		1	
	Pneumonia bacteriana não especificada	0		1		0	
7	Asma						
	Asma predominantemente alérgica	2	15	0	22	0	2
	Asma não-alérgica	0		0		1	
	Asma não especificada	13		22		1	
8	Doenças pulmonares						
	Bronquite aguda não especificada	11	17	38	53	8	13
	Bronquiolite aguda devida a outros microrganismos	0		2		3	
	Bronquiolite aguda devida a vírus sincicial	1		2		0	
	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	3		3		1	
	Bronquite crônica não especificada	1		4		0	
	Bronquite crônica mucopurulenta	0		1		0	
	Doença pulmonar obstrutiva crônica com	1		3		1	
9	Hipertensão						
	Hipertensão essencial (primária)	8	10	13	13	2	2
	Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência	2		0		0	
10	Angina						
	Angina instável	1		0		0	

Tabela 5 - Atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em São Gabriel do Oeste/MS - *Conclusão*

	Angina pectoris, não especificada	1		0		0	
11	Insuficiência Cardíaca						
	Insuficiência cardíaca não especificada	3	3	0	1	0	0
	Insuficiência cardíaca congestiva	0		1		0	
12	Doenças Cerebrovasculares						
	Outros acidentes isquêmicos cerebrais transitórios e	0	2	1	4	0	0
	Acidente vascular cerebral, não especificado como	2		3		0	
13	Diabetes Mellitus						
	Diabetes mellitus Insulino dependente - sem	1	2	0	1	0	0
	Diabetes mellitus Insulino dependente - com outras	0		1		0	
	Diabetes mellitus não especificado - com cetoacidose	1		0		0	
14	Epilepsia						
	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem	3	7	0	0	0	1
	Outras epilepsias	1		0		0	
	Epilepsia, não especificada	3		0		1	
15	Infecção no Rim e Trato Urinário						
	Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a	1	42	0	49	0	17
	Cistite, não especificada	1		0		0	
	Infecção do trato urinário de localização não	34		49		10	
	Outros transtornos especificados do aparelho urinário	2		0		0	
	Transtornos não especificados do aparelho urinário	4		0		7	
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo						
	Impetigo [qualquer localização] [qualquer	1	49	0	38	0	5
	Erisipela	0		1		0	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz da face	0				2	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do pescoço	1		1		0	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do tronco	2		3		0	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz da nádega	1		0		0	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do(s)	10		11		1	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de outras	9		9		0	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de localização	10		8		2	
	Celulite de outras partes do(s) membro(s)	2		2		0	
	Celulite de dedos das mãos e dos pés	0		2		0	
	Piodermite	2		1		0	
	Infecção localizada da pele e do tecido subcutâneo,	1		0		0	
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos						
	Abscesso da glândula de Bartholin	2	3	0	1	0	0
	Vaginite aguda	0		1		0	
	Outras doenças da glândula de Bartholin	1		0		0	
18	Úlcera gastrointestinal						
	Úlcera péptica de localização não especificada -	0	0	1	4	0	0
	Hematêmese	0		2		0	
	Melena	0		1		0	
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto						
	Infecções de outras partes do trato urinário na	2	5	0	2	0	2
	Outras infecções e as não especificadas do trato	0		1		0	
	Infecção não especificada do trato urinário na	3		1		2	
Total de CSAP			415		1282		274

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Conforme os dados levantados através da pesquisa em campo, em fevereiro houve 2.611 atendimentos médicos, destes, 1443 atendimentos que não foram informados os CID's, ocorreram 2.196 atendimentos com CID's que não se enquadravam na CSAP e dos informados 415 foram de causas sensíveis a Atenção Primária à Saúde. Já em março houve 4.381 atendimentos médicos, destes, ocorreram 1626 atendimentos que não foram informados os CID's – dado retirado do sistema GSEA, 1473 atendimentos médicos com CID's que não se enquadravam na CSAP e dos informados 1282 foram Sensíveis a Causas da Atenção Primária à Saúde. Na primeira semana de abril ocorreram 782 atendimentos, onde houve 265 atendimentos que não foram informados os CID's, em 243 casos os CID's não se enquadravam na CSAP e dos informados 274 foram Sensíveis a Causas da Atenção Primária à Saúde. Os demais CID's comunicados não se incluíam aos dados da pesquisa por serem dados de causas não sensíveis a APS, sendo desconsiderados.

Entretanto, os atendimentos por condições sensíveis a Atenção Primária não foram as únicas situações na unidade a chamar a atenção, ocorreram também internações devido causas preveníveis na APS.

Na tabela 04 a seguir, serão descritas as internações que a unidade de São Gabriel do Oeste teve por CSAP nos primeiros meses de 2023, de modo a detalhar as doenças que mais estavam relacionadas com internações hospitalares através do CID. A fonte de informações utilizada para o cálculo dos indicadores foram as internações realizadas no hospital através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) retirados do sistema GSEA. Neste sentido, não foram consideradas internações que não foram financiadas pelo SUS. Além disso, ressalta-se que fora utilizada a Portaria n. 221/2008 para cálculo dos parâmetros.

Tabela 6 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em 2023 em São Gabriel do Oeste/MS

Resumo de Internações nos meses iniciais de 2023 por CSAP					
Código	CID	Fev.	Mar.	Abr.	Total
A079	Doença Intestinal não especificada por protozoários	1	0	0	1
A09	Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível	1	2	0	3
D509	Anemia por deficiência de ferro não especificadas	1	0	0	1
I200	Angina Instável	0	0	1	1
I500	Insuficiência Cardíaca Congestiva	0	1	0	1
I64	Acidente Vascular Cerebral, não especificado	0	1	0	1
J039	Amigdalite aguda não especificada	0	0	1	1
J13	Pneumonia devido a Streptococcus	0	0	1	1
J158	Outras Pneumonias Bacterianas	1	0	0	1
J159	Pneumonia Bacteriana não especificada	4	5	1	10
J180	Broncopneumonia não especificada	1	4	1	6
J210	Bronquiolite aguda devida ao Virus Sincicial	0	1	2	3
J218	Bronquiolite aguda devida a outros microrganismos especificados	0	0	1	1
J219	Bronquite aguda não especificada	0	2	0	2
J441	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com exacerbação aguda não especificada	0	1	0	1
J451	Asma não alérgica	0	1	0	1
J459	Asma não especificada	1	2	0	3
J46	Estado de mal asmático	0	1	0	1
L029	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de localização não especificada	0	3	0	3
L038	Celulite de outros locais	1	0	0	1
L080	Piodermite	1	0	0	1
N390	Infecção do trato urinário de localização não especificadas	4	1	1	6
N709	Salpingite e Ooforite não especificadas	1	0	0	1
O234	Infecção não especificada do trato urinário	1	0	0	1
O239	Outras infecções e as não especificadas do trato urinário na gravidez	0	1	0	1
Totais		18	26	9	53

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Conforme o resumo de internações nos meses iniciais de 2023 (fevereiro até a primeira semana de abril) houve 53 internações hospitalares devido Condições Sensíveis a Atenção Primária na unidade de São Gabriel do Oeste. Das internações por condições sensíveis a APS, com os dados levantados no mês de março ocorreram 33,96%, fevereiro com 49,06%, abril com 16,98% de internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária.

Dentre as internações que houveram maior taxas de prevalências, referente as Causas Sensíveis a Atenção Primária, foram os seguintes grupos de CSAP: (Grupo 01) Internações por Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis 7,55%; (Grupo 03) Anemia 1,89%; Infecções de ouvido, nariz e garganta 1,89%; (Grupo 06) Pneumonias bacterianas 33,96%; (Grupo 07) Asma 9,43%; (Grupo 08) Doenças pulmonares 13,20%; (Grupo 10) Angina 1,89%;

(Grupo 11) Insuficiência Cardíaca 1,89%; (Grupo 12) Doenças Cerebrovasculares 1,89%; (Grupo 15) Infecção no Rim e Trato Urinário 11,32%; (Grupo 16) Infecção da pele e tecido subcutâneo 9,43%; (Grupo 17) Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos 1,89%; e (Grupo 19) Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto com 3,77%.

5.1.2 A cidade de Paraíso das Águas/MS como foco de estudo

O Pronto Atendimento Médico Laurentina Correa Leite (PAM) é uma unidade de saúde intermediária que atende as urgências e emergências na cidade de Paraíso das Águas - MS, principalmente usuários que utilizam da unidade como porta de entrada para atendimentos médicos devido seu funcionamento ser de 24 horas diárias. O município encontra-se a 277 quilômetros da capital de Mato Grosso do Sul, a cidade de Campo Grande.

Contudo, esta não é a única demanda local, considerando que o município acolhe usuários de cidades próximas, onde não há redes de atendimentos específicos, por distância geográfica dos paciente residentes nas zonas rurais ou por comodidade do usuário, destacando as cidades de Água Clara, Campo Grande, Camapuã, Costa Rica, Chapadão do Sul e Três Lagoas, todas de Mato Grosso do Sul, em sua maioria, cidades próximas à cidade pesquisada, com usuários que utilizam o serviço até para situações de menores complexidades (demanda da APS).

Na unidade após abertura do prontuário o paciente passa pela triagem, sendo uma sala de fácil acesso, com enfermeiro capacitado para realizar a triagem do paciente de modo adequado, conforme Protocolo de Classificação de Risco no modelo de Manchester existente na unidade, sendo a Classificação de Risco atribuição inerente do Enfermeiro.

A entrada principal da acesso a Recepção, onde fica uma sala com recepcionista para abertura de prontuários dos pacientes, a recepção conta com um local amplo com cadeiras para acomodação, um banheiro feminino e um masculino, onde os pacientes aguardam para triagem e atendimento médico, contando com ar condicionado local e nas demais salas da unidade.

A unidade possui uma sala de Emergência e estabilização com porta de entrada voltada ao atendimento facilitado de ambulância e maca de transporte, neste local há duas macas com monitor e carrinho de emergência e local centralizado facilitando e agilizando o atendimento emergencial, possui bancada com materiais para realização de Acesso Venoso Periférico (AVP) e medicações, bem como armários de organização dos medicamentos e demais insumos necessários a unidade.

Para atendimento ao público há 02 salas de consultórios com maca para avaliação dos pacientes, contando com dois médicos para atendimento da demanda diurna entendendo 12 horas, um médico no período noturno atendendo 12 horas e um médico de apoio atendendo 05 horas (das 19h até as 24h), além de uma sala de Ultrassonografia e realizações de atendimento ginecológicos com maca própria e um aparelho de Cardiotocografia para realização de exame complementares em gestantes.

Os Profissionais Técnicos de Enfermagem são responsáveis pelas atribuições do cargo, sendo sempre supervisionados por Enfermeiro da unidade. Realizam medicações prescritas pelos médicos da unidade, curativos emergenciais e ambulatoriais nos finais de semana, suporte em urgências e emergências, realizam Eletrocardiograma prescritos e ambulatoriais, propiciam cuidados de enfermagem aos pacientes que estão em observação e aos que estão na unidade aguardando vaga para outros locais e/ou aguardando liberação médica.

Por ser uma Unidade de Pronto Atendimento, o ideal é que não ocorra internação por tempo prolongado, mas, devido a demanda, há ocasiões em que pacientes ficam em avaliação médica com prescrição por alguns dias até liberação médica ou transferência para unidade de apoio seja Fundação Hospitalar de Costa Rica (FHCR) ou por meio de vaga solicitada via Portal de Regulação de Saúde (CORE) para unidades de referências de alta complexidade.

A unidade possui 04 profissionais Enfermeiros em regime de credenciamento, que é uma forma de prestação de serviço sem vínculo empregatício, que prestam serviço em regime de escala de 12hrs por 36 horas e sobreavisos de vagas quando necessário, em contrato assinado pelos profissionais os mesmos assumem a responsabilidade de realizarem os plantões e sobreavisos conforme a necessidade da unidade.

Cada plantão possui um Enfermeiro que é responsável pela Triage dos pacientes, monitorando das ações de Enfermagem e dos cuidados dispensados aos pacientes, bem como supervisionar os Técnicos de Enfermagem e atuar em situações de Urgências e Emergências com ações e atribuições inerentes ao Enfermeiros, tais como: passagem de sondas vesicais, sondas nasogástrica e nasoenteral, suporte direto em pacientes críticos, liderança em urgência e emergências, solicitação de vagas via E-mail, dentre outras.

Para respaldo da equipe em suas funções e atribuições da unidade há o Protocolo Operacional Padrão (POP) que foi elaborado e revisado no ano de 2023, bem como Manual de Classificação de Risco para respaldo do Enfermeiro durante a classificação de riscos, ambos encaminhados para comprovação de tais manuais.

Na tabela 05 é demonstrado os atendimentos de fevereiro, março e da primeira semana de abril de 2023, onde observa-se que os atendimentos de menor complexidade é predominante

com as classificações não urgentes em 74,64% dos casos (1.967), para atendimentos pouco urgentes, em 20,68% (545) dos atendimentos aos usuários, seguidos dos atendimentos amarelos, onde há uma maior urgência para atendimento, com aproximadamente 4,51% (119) na demanda, os atendimentos muito urgentes e emergenciais, classificados como laranja e vermelho em somente 0,15% dos casos (4). Nesta unidade entra a classificação laranja pois a unidade segue a classificação de riscos de Manchester que utiliza as cores: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

Conforme demonstrado, ocorreram mais atendimentos médicos em março com 1.337 atendimentos, quando comparado com o mês de fevereiro com 1.029 atendimentos, assim como ocorreu na cidade de São Gabriel do Oeste, seguindo a mesma premissa da pesquisa realizada em São Gabriel do Oeste, o mês de abril, com 269 atendimentos médicos, fora colocado apenas para contabilização.

No Apêndice E fora inclusa a tabela de atendimentos de forma esmiuçada, a qual detalha o dia a dia dos meses pesquisados, bem como classificações, atendimentos realizados e até mesmo os atendimentos cancelados.

Tabela 7 - Comparativo nas classificações de fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das águas/MS

Comparativo de meses			Fevereiro	Março	Primeira semana de Abril	Total
Não Urgência	Azul		713	1.014	240	1.967
Pouco Urgente	Verde		265	256	024	545
Urgência	Amarelo		051	063	005	119
Muito Urgente	Laranja		000	002	000	002
Emergência	Vermelho		000	002	000	002
Total			1.029	1.337	269	2.635

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Assim como mencionado no estudo realizado na cidade de São Gabriel do Oeste, utilizar-se de unidades de pronto atendimento como porta de entrada gera maiores gastos com recursos para o atendimento, com um quantitativo de profissionais maior para a demanda, para que ocorra atendimento em tempo ágil, conforme protocolo.

A tabela 6 a seguir, assemelha-se ao estudo realizado na cidade de São Gabriel do Oeste, onde observa-se que o atendimento ocorreu em tempo adequado ao protocolo da unidade. Sendo exemplificada também a quantidade de atendimentos por meio da classificação

de risco por cor e por porcentagem de atendimentos nos meses analisados, e a média de tempo de espera desde a chegada até o atendimento médico.

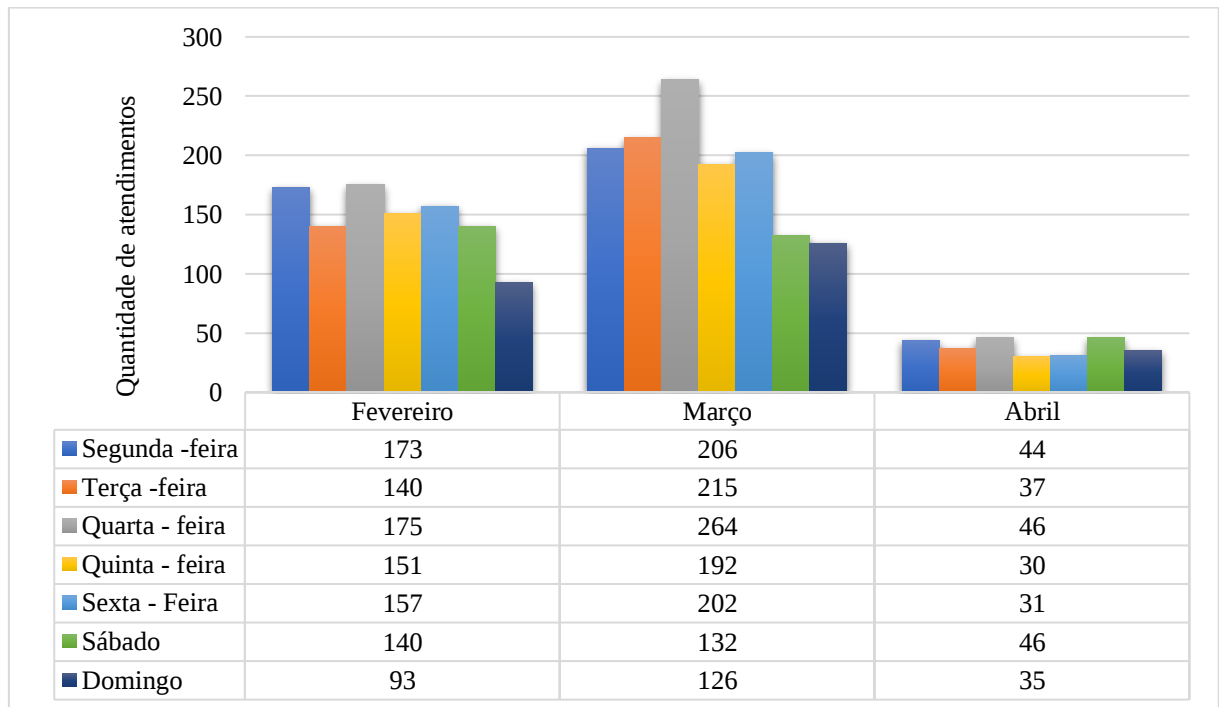
Tabela 08 - Estimativa de tempo de espera para atendimento em fevereiro, março e na primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS

Tempo preconizado por Classificação de Risco Fevereiro				
Cor	Tempo preconizado		Quantidade	Porcentagem
Vermelho	Imediato		-	-
Laranja	10 Min		-	-
Amarelo	60 Min		051	5,0
Verde	120 Min		265	25,8
Azul	240 Min		713	69,3
Total			1029	100
Tempo de espera para Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Amarelo	00:04:53	00:05:32	00:11:13	00:06:46
Verde	00:06:35	00:05:29	00:14:14	00:07:31
Azul	00:10:15	00:05:00	00:19:44	00:07:35
Tempo de espera por Classificação de Risco Março				
Cor	Tempo preconizado		Quantidade	Porcentagem
Vermelho	Imediato		002	0,1
Laranja	10 min		002	0,1
Amarelo	60 min		063	4,7
Verde	120 min		256	19,1
Azul	240 min		1014	75,8
Total			1337	100
Tipo de atendimento: Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Vermelho	00:51:05	00:04:07	00:11:23	00:20:59
Laranja	01:09:24	00:03:21	06:18:09	00:14:23
Amarelo	00:13:40	00:05:01	00:35:29	00:10:26
Verde	00:12:19	00:05:39	00:22:38	00:08:25
Tempo de espera por Classificação de Risco na primeira semana de Abril				
Cor	Tempo preconizado		Quantidade	Porcentagem
Amarelo	60 min		005	1,9
Verde	120 min		024	8,9
Azul	240 min		240	89,2
Total			269	100
Tipo de atendimento: Consulta Médica				
Cor	Média de tempo de espera			
	Chegada > Classificação	Classificação	Classificação > Atendimento	Atendimento
Amarelo	00:17:42	00:09:56	00:26:03	00:14:02
Verde	00:07:26	00:07:55	00:14:54	00:08:33
Azul	00:16:27	00:04:51	00:22:01	00:09:20

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

A seguir será demonstrado por meio gráfico (Figura 07) os atendimentos distribuídos por dias da semana, com a finalidade de averiguar a demanda do atendimento. Os quais se observou que ocorreram uma predominância de atendimentos nos dias de quarta-feira e segunda-feira, conforme demonstrado a seguir:

Figura 6 - Resumo de atendimentos por dias da semana em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS



Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Os dados levantados diferenciaram dos dados de São Gabriel do Oeste nos atendimentos durante a semana, evidenciando que o dia com maior número de atendimentos foram os dias de quartas feiras com 485 atendimentos (18%), seguidos pelas segundas feiras, com 423 atendimentos (16%), terça feira com 392 atendimentos (15%), sexta-feira com 390 atendimentos (15%), quinta feira com 373 atendimentos (14%), sábado com 318 atendimentos (12%) e, por último, domingo com 254 atendimentos (10%).

A seguir, na tabela 07, serão apresentados os atendimentos de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que poderiam ter um acompanhamento adequado na APS, contudo, buscaram a unidade de Pronto Atendimento de Paraíso das Águas para resolutividade de suas complicações, servindo, em muitos casos, como porta de entrada para o sistema de saúde.

Os dados foram agrupados, assim como na pesquisa realizada em São Gabriel do Oeste, conforme os meses de análise da pesquisa, que são fevereiro, março e primeira semana

de abril de 2023, mostrando semelhança entre os estudos, onde as complicações com maiores taxas de recorrência também foram as de Infecções de ouvido, nariz e garganta com cerca de 94 casos (36,72%) totalizados nos meses de pesquisa, com prevalência de casos em março, com 59 casos. Seguidas de Gastroenterites Infecciosas e complicações, bem como apontados pelo levantamento em São Gabriel do Oeste, com 52 casos (20,31%) de queixas da doença; Infecção no Rim e Trato Urinário com 39 casos (15,23%); Asma com 19 casos (7,42%); Infecção da pele e tecido subcutâneo com 10 casos (3,9%); Doenças pulmonares com taxa de prevalência de 04 casos (1,56%); Pneumonias bacterianas 2 casos (0,78%); Hipertensão com 21 casos (8,20%); Doenças Cerebrovasculares 03 casos (1,17%); Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos com 05 casos (1,95); Insuficiência Cardíaca com 01 casos (0,39%); Úlcera gastrointestinal com 02 casos (0,78%); Diabetes Melitus com 02 casos (0,78%); Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto com 0 casos (0%); Epilepsia 0 casos (0%); Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis com 0 casos (0%); e Angina com 0 casos (0%).

Tabela 09 - Atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS

2023		Fevereiro		Março		Abril	
Cód.	Condições Sensíveis à Atenção Primária	N	Total	N	Total	N	Total
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis						
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações						
	Enterite Por Rotavírus	01	16	00	34	00	02
	Outras Enterites Virais	02		04		00	
	Enterite por salmonela	00		01		00	
	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa	13		29		02	
3	Anemia						
	Outras anemias por deficiência de ferro	00	00	01	01	00	00
4	Deficiências Nutricionais						
	Desnutrição Proteico-Calórica Grave Não	01	01	00	00	00	00
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta						
	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	13	22	16	59	03	13
	Otite média aguda supurativa			01			
	Outras sinusites agudas			02			
	Sinusite aguda não especificada			01			
	Faringite aguda não especificada			01		01	
	Amigdalite estreptocócica	03					
	Amigdalite aguda não especificada	06		30		07	
	Infecção aguda das vias aéreas superiores não			08		02	
6	Pneumonias bacterianas						
	Outras pneumonias bacterianas	00	00	01	02	00	00
	Pneumonia não especificada	00		01		00	

Tabela 09 - Atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em fevereiro, março e primeira semana de abril de 2023 em Paraíso das Águas/MS - *Continuação*

7	Asma						
	Estado de mal asmático	00	01	04	16	02	02
	Asma não-alérgica	01		03		00	
	Asma não especificada	00		09		00	
8	Doenças pulmonares						
	Bronquiolite aguda devida a outros microrganismos	00	01	01	02	00	01
	Bronquiolite aguda devida a vírus sincicial	01		00		00	
	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	00		00		01	
	Doença pulmonar obstrutiva crônica com	00		01		00	
9	Hipertensão						
	Hipertensão essencial (primária)	08	09	11	11	01	01
	Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência	01		00		00	
10	Angina						
11	Insuficiência Cardíaca						
	Insuficiência cardíaca não especificada	01	01	00	00	00	00
	Insuficiência cardíaca congestiva	00		00		00	
12	Doenças Cerebrovasculares						
	Acidente vascular cerebral, não especificado como	02	02	01	01	00	00
13	Diabetes Mellitus						
	Diabetes Mellitus Insulino dependente - Com	01	02	00	00	00	00
	Diabetes Mellitus Insulino dependente - Sem	01		00		00	
14	Epilepsia						
15	Infecção no Rim e Trato Urinário						
	Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a	00	11	06	26	00	02
	Cistite, não especificada	04		01		00	
	Infecção do trato urinário de localização não	06		18		02	
	Outros transtornos especificados do aparelho urinário	00		01		00	
	Transtornos não especificados do aparelho urinário	01		00		00	
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo						
	Erisipela	02	04	00	06	00	00
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do tronco	02		00		00	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de outras	00		04		00	
	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de localização	00		02		00	
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos						
	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	00	02	00	01	01	02
	Vaginite aguda	02		00		01	
	Doenças da glândula de Bartholin	00		01		00	
18	Úlcera gastrointestinal						
	Úlcera gastrointestinal	01	01	00	01	00	00
	Hematêmese	00		01		00	
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto						
Total de CSAP		73		160		23	

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

Conforme os dados levantados ocorreram 256 atendimentos por CSAP em Paraíso das Águas/MS nos meses de fevereiro, março, e primeira semana de abril. Através da pesquisa em campo, em fevereiro houve 1.029 atendimentos médicos, destes 956 atendimentos não foram informados os CID's ou não se enquadravam aos CID's por CSAP, e dos informados 73 (28,51%) foram Sensíveis a Causas da Atenção Primária à Saúde. Já em março houve 1.337 atendimentos médicos, destes 1.177 atendimentos não foram informados os CID's ou não se enquadravam aos CID'S por CSAP, e dos informados 160 (62,50%) foram Sensíveis a Causas da Atenção Primária à Saúde. Na primeira semana de abril houve 269 atendimentos, destes 246 atendimentos médicos não foram informados os CID's e/ou não se enquadravam na CSAP, e dos informados 23 (8,98%) foram Sensíveis a Causas da Atenção Primária à Saúde. Os demais CID's foram comunicados, entretanto, não se incluíam aos dados da pesquisa por serem dados de causas não sensíveis a APS, sendo desconsiderados.

6 DISCUSSÃO

6.1 Debatendo os dados encontrados

Partindo da premissa organizacional dos serviços de saúde de uma rede territorial, acredita-se que todas as estações de saúde são produtoras de cuidado, possuindo a função de captar os usuários, acolhê-los singularmente, inserindo-os na rede. Esse processo implica na produção de vínculo dos usuários, referenciando-os para os demais serviços quando necessário, propiciando a continuidade do serviço em rede. Desse modo, o cuidado é produzido e tecido por redes, com múltiplas conexões (Sampaio *et al.*, 2016).

Pensando no sujeito como peregrino da saúde, acredita-se que não deva somente haver a corresponsabilização dos cuidados pelos caminhos da rede de serviços frequentados pelos usuários, mas, esse transitar do usuário deve ser muito além do que uma orientação dos profissionais de saúde, não basta referir "o serviço certo" que deve buscar e lançá-lo a peregrinação, modo este que deixa de ser um acolhimento com integralidade (Sampaio *et al.*, 2016).

A RUE acaba não sendo apenas exclusiva na estabilização de pacientes graves e críticos, mas, na visão dos usuários, tornou-se porta de entrada com alta capacidade de resposta imediata as suas necessidades. Uma problemática encontrada nas unidades de demanda espontânea é o fato de possuir uma alta demanda assistencial, necessitando abordar a clínica queixa-conduta, voltada na medicalização, com pouca adesão dos usuários ao serviço. Entretanto, os usuários acabam com atendimento ágil, inclusive com exames realizados de modo mais rápido, medicação e oferta de serviços que geralmente demoraria meses aguardando pela rede de serviços da saúde (Sampaio *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Sampaio *et al.* (2016) em uma UPA de João Pessoa - PB em que se pesquisou o cotidiano do trabalho na UPA, por aproximadamente quatro horas semanais, no período de março a julho de 2016, onde observaram a multiplicidade dos sujeitos produtores de cuidados da unidade e a demanda local de atendimento, os quais chegam a ser atendidos aproximadamente 12.000 pessoas mensalmente naquela unidade pesquisada.

Os autores observaram, por meio da classificação de risco local da unidade pesquisada, sendo adotado e utilizado no local a Classificação de Riscos do Ministério da Saúde, que a maior demanda daquela UPA eram os usuários classificados como verde e azul. Em seu estudo, utilizando o mês de maio como exemplo, ocorreram 17,95% de atendimentos classificados como azul, dando sequência, 68,45% dos atendimentos foram classificados como verde, e os

pacientes urgentes e emergentes com menores quantitativos de atendimentos, sendo 12,75% dos atendimentos possuíam classificação amarela e, apenas, 0,21% foram classificados para atendimento como vermelho, que necessitavam de um atendimento imediato com risco de vida. Averiguando que, em sua maioria, os usuários poderiam obter seu acolhimento na rede de atenção básica (Sampaio *et al.*, 2016).

Os pesquisadores apontam a baixa resolutividade da atenção básica diante da demanda espontânea como fator de interferência direta na alta demanda e pressão assistencial ocorrido na UPA (Sampaio *et al.*, 2016). Além disso, há circunstâncias em que a equipe da atenção básica encaminha o usuário para as unidades de demanda espontânea, considerando não possuir garantia de atendimento imediato e resolutivo. Um ponto levantado pelos pesquisadores Sampaio *et al.* (2016) é devido ao fato da equipe não ter condições de realizar a condução dos casos do usuário de modo oportuno, como exemplo, um paciente com prova de laço positiva, com suspeita de dengue, não teria o exame de hemograma no mesmo dia para condução diagnóstica, já as UPAs, possuem maior agilidade nestes tipos de serviços

Outra discussão seria a falta de equipamentos e de insumos nas unidades básicas, observando que os processos de organização de trabalho na atenção básica é centrados nos atendimentos de programas (Pré Natal, Puericultura, Hiperdia, dentre outros...) produzindo barreiras no acesso para a demanda espontânea nas unidades de atenção básica em saúde.

Entremeado ao estudo de Sampaio *et al.*, (2016) abre-se um ponto de interrogação pertinente, latente e contínuo: mesmo sendo um serviço de pronto atendimento intermediário conectando a atenção básica e a rede hospitalar, deixando ainda mais implicado o estudo em questão, conforme o extrato retirado do estudo do autor "não estaria ela mais para uma gambiarra no sistema, no sentido de acolher as demandas que não são acolhidas nos demais serviços?" (Sampaio *et al.*, 2016. p. 131).

A produção de tais gambiarras faz parte do cotidiano dos trabalhadores e dos usuários da saúde, onde articulam de modo criativo, saídas diante das barreiras encontradas no sistema, garantindo a oferta do cuidado contínuo. Torna-se possível devido a produção de saúde ser produto do trabalho vivo em ação, possibilitando infinitos manejos, arranjos e intervenções no trabalho da saúde (Sampaio *et al.*, 2016).

No tocante às internações por causas sensíveis a atenção primária a saúde, no estudo averiguados por Santos, Lima e Fontes (2019) há a constatação de que aproximadamente 5% das internações hospitalares são de causas sensíveis à atenção primária, demonstrando uma redução dos anos anteriores, nos quais apresentavam cerca de 20% das internações, atingindo proporções de até 45% das internações. São apresentados também no estudo, dados de países

vizinhos, como Colômbia, Argentina, Equador, Costa Rica, Paraguai e México averiguando que 14,3% das internações são de causas sensíveis a atenção primária.

Para Santos, Lima e Fontes (2019) em cidades menores, com cobertura dos ESF em 100%, há grandes proporções de internações por causas sensíveis à atenção primária, demonstrando que a alta cobertura da atenção primária não condiz com a diminuição das internações por causas sensíveis. Os autores atribuem tais fatos a baixa resolutividade das unidades de saúde de atenção primária, infraestrutura inadequada ou incapacidade para atendimento adequado, fazendo com que haja maiores internações, até mesmo de causas sensíveis a atenção básica.

Segundo o estudo dos autores Santos, Lima e Fontes (2019) as causas principais de internações foram: gastroenterites, infecções do trato urinário, insuficiência cardíaca, pneumonias bacterianas, agravos crônicos como diabetes e hipertensão arterial, sendo condições sensíveis na atenção primária de saúde apontando um déficit da atenção primária em seu nível assistencial básico (Santos; Lima; Fontes, 2019).

Este estudo levantou dados na cidade de São Gabriel do Oeste, em que as causas que mais houveram internações referente as causas sensíveis a atenção primária foram as internações por pneumonias bacterianas, infecções de pele, infecções no rim e trato urinário, doenças pulmonares, asma, gastroenterites infecciosas e complicações, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, doenças cerebrovasculares, doença inflamatória órgãos pélvicos femininos, anemia, infecções de ouvido, nariz e garganta, angina e insuficiência cardíaca.

Em um estudo realizado por Jesus (2017) com a finalidade de avaliar o matriciamento de um ESF sobre os atendimentos ocorridos em uma Unidade de Pronto Atendimento através de uma reunião de equipes, composta por profissionais do Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde da Família (NASF), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), UPA e o ESF, os profissionais chegaram a conclusão de que há uma grande dificuldade em sensibilizar as equipes quanto a territorialização, com questionamentos que iam até não ser atribuição da equipe, entretanto, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é atribuição de toda equipe o processo de territorialização.

No estudo em questão, foi observado uma grande resistência dos profissionais de saúde nas atividades extramuros, sendo fundamental realizar ações educativas permanentes, direcionando os profissionais em educações voltados a prestação de cuidados, estimulando os profissionais a ajustar a teoria profissional conforme as necessidades dos pacientes (Jesus, 2017).

Neste caso, o trabalho em equipe funciona como um meio para sanar as principais

necessidades da população, com unidades de saúde que se complementam de forma eficaz, fazendo com que as necessidades sejam atendidas, uma vez que, cada equipe possui uma atribuição e juntas se completam.

Ao interpretar a hospitalização de causas sensíveis à atenção primária, é importante diferenciar entre hospitalizações evitáveis, preveníveis, sensíveis ou inapropriados. São várias as características que podem identificar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sociodemográficas da população, padrões de uso do serviço, atitudes em virtudes de tratamentos, mudanças na prevalência da doença na comunidade, falta de redes de proteção na sociedade, barreiras à entrada, dotações dos recursos insuficientes, organização incapaz de gerir processos, gestão clínica inadequada, fácil acesso a cuidados profissionais especializados e hospitalares e há pouca ou nenhuma coordenação dos cuidados primários (Alfradique *et al.*, 2009).

Para isso, é fundamental que a UPA e as demais unidades trabalhem em conjunto, com a finalidade de atender as demandas dos pacientes, com resolutividade e melhores prognósticos, principalmente considerando que a UPA é uma das principais portas de entrada dos pacientes na rede de saúde, sendo este um processo deficitário atualmente, sem essa integração em rede.

Os autores Sampaio *et al.* (2016) durante uma roda de conversa com a gestora de uma UPA, afirmou que observava a UPA como um local com identidade bipolar, ora USF com ausência de longitudinalidade e sem definição territorial, ora como uma unidade hospitalar de porte pequeno, com ausência de estrutura técnica adequada.

Salienta-se uma realidade invisível aos olhos, mencionado no estudo do autor Sampaio *et al.* (2016), o conceito de que seria a UPA uma gambiarra do sistema que deu certo? Eis a indagação pertinente e latente que não se cala, pois sendo uma unidade que interliga a APS dos Hospitais, e que propicia agilidade em prognósticos para continuidade dos cuidados, onde o usuário se sente livre para transitar sem barreira, sem negativas, com oportunidade de resolutividade de suas queixas.

Neste cenário, os usuários furam as barreiras da atenção básica e as da rede hospitalar. Percebe-se que nos caminhos para o cuidado trilhado pelos usuários no percurso da rede há inúmeras barreiras e vielas sem saída, entretanto, considerando outras perspectiva, há gambiarras, invenções e produções de trilhas novas. Com isso, torna-se a UPA uma dessas gambiarras que deram certos, em sua ambiguidade e perceptibilidade inserida nas redes vivas, que não se limitam em rotinas e protocolos, brotam assim como rizomas, com agregação afetiva e dedicação dos profissionais, os quais buscam novas práticas para ir além das já instituídas, propiciando e viabilizando um cuidado de modo integral aos usuários.

A autora Rolnik (2007) vai além, nos envolve com o sentimental, afirmando que não há meios de explicar ou revelar, tudo torna-se intensidade na busca por expressão. O anseio de cartografar, mergulhar nos afetos de modo geográfico e, concomitante, criar pontes para realizar a travessia das expressões intensas.

Eis que Bertussi *et al.* (2016), me abre outro ângulo de visão, onde parte-se do destrinchar da micropolítica cotidiana, interrogando os sentidos cristalizados institucionais, criticando a verdade imposta e instigando para que os atores reflitam sobre a coletividade produzida no campo investigativo, com intuito de destruir territórios findados e convocando os atores sociais a criar e instituir novos territórios.

Neste mesmo viés, este estudo busca sair dos padrões institucionalizados e utilizar-se das caixas de ferramentas disponíveis para buscar outras formas, dentre o percurso, fora utilizado dispositivos que abriram as portas para que o estudo se finda. “O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre elementos” (Bertussi *et al.* 2016. p. 50).

O dispositivo atua no espaço da micropolítica sendo um campo privilegiado pela atuação da gestão e práticas da saúde, propiciando conhecimentos, a partir do momento em que é produzido em torno da realidade existente, bem como das problemáticas e necessidades que intervêm na qualidade de saúde aos usuários, possibilitando debates, reflexões e reajustes nos espaços sociais da ação em saúde (Feuerwerker, 2005).

Neste momento, veio a calhar a poesia de Leminski (1980) “*Não fosse isso e era menos. Não fosse tanto e era quase*”. Como o pesquisador em ato não é neutro, e faz recortes de suas realidades a serem investigadas somente por meio de suas implicações, de suas dúvidas, de suas inquietações, acaba por descobrir-se um mundo. Não um mundo que já esteja cartografado por outros autores, mas um mundo em que ele passa a enxergar através de seus próprios olhos, vivências e peregrinações pelo campo da saúde.

Bem como o estudo de Bertussi (2016) menciona, a pretensão deste estudo não é de revelar algo que já esteja nos bastidores, o intuito é acompanhar linhas, atualizações intensas vivas, linhas de fugas, pontos que sejam de ruptura, elaboração de mapas em campo que haja movimentação.

Conforme estudo realizado por Sampaio *et al.* (2016) o sistema possui fragilidades que fazem com que os usuários percorram os caminhos sem que haja uma condução e acompanhamento adequado, utilizando as UPA de forma recorrente, são usuários “bate e volta”, reproduzindo cuidados apenas embasados em suas queixas, possuindo condutas já pré-elaboradas, com baixíssima resolutividade.

Escolher o processo de cartografia ocorreu pelo intuito de sair da posição de pesquisador ou apenas observador do “objeto” a ser retratado, a cartografia atua na fluidez das manifestações, buscando a captação de expressões coletivas desejadas que opera em prol da saúde. A cartografia nos convida ao exercício peculiar do pensar ao pesquisador (Bertussi, 2016).

Sendo assim, é preciso colocar na mesa as pulgas que trazemos atrás das orelhas, pois elas serão importantes ferramentas de trabalho, ou afinal, elas é que nos farão trabalhar. Serão aquelas maiores e mais incômodas pulgas que exigirão respostas que realmente precisamos construir (Bertussi *et al.*, 2016, p. 57).

Neste contexto, a pulga atrás da orelha deu-se através da necessidade de avaliar os arranjos possíveis dos movimentos transformadores existentes das redes vivas inseridas na micropolítica local, nos diferentes locais e processos, embora tenha sido delimitado o estudo, mas servindo os saberes locais para a elaboração de novos mapas em que extrapolam as delimitações territoriais pré-definidas pela rede assistencial.

6.3 Micropolítica do trabalho em saúde: os saberes adquiridos

O professor Merhy em seu estudo menciona as autoras Rocha e Chagas, as quais se autorizam a brincar de pensar, como referido pelo autor no texto “o pensamento me convidou para dançar e eu topei”. Em seu estudo Merhy comenta sobre um novo meio de produzir saúde, onde suas experiências e vivências cotidianas de trabalho e na produção de cuidados singulares e coletivos se transformaram em modificadores da saúde (Merhy, 2018, p. 11).

Dentre as mais variadas definições de cuidado, o autor Feuerwerker (2013) afirma que cuidar não se restringe a humanidade, sendo algo da vida, nos quais diz respeito aos seres viventes. Cuidar está associado a solidariedade, suporte e apoio no decorrer da vida. Mesmo diante dos diversos arranjos decorrentes da vivência humana, permanece relacionado com entrelaço de encontros e relações da vida.

Neste contexto, o autor Merhy viu-se no desafio de enfrentar pensamentos desconhecidos de modo que seja algo implicado com a saúde. Deslocando-se da percepção de que o pensamento é primordial para que ocorra a ação, reformulando seu conceito em que o pensar e o agir eram dobras, bem como pensamento e o corpo (Merhy, 2018).

A produção do cuidado torna-se um objetivo no campo da saúde, ao qual espera-se, diga-se de passagem, atingir a saúde de forma integral e sua cura, sendo os objetivos primordiais almejados, contudo, a realidade que observamos nos serviços de saúde mostram que nem

sempre ocorre a produção do cuidado, estando o processo comprometido com a promoção de saúde e a cura (Feuerwerker; 2013).

Na visão dos usuários, estudos e reportagens abordam reclamações da escassez de interesse e responsabilização da rede de saúde em que estão inseridos. Os usuários peregrinam, sentem-se inseguros, desinformados, sem amparos na saúde, desprezados e desrespeitados na maioria das vezes. Mesmo diante da riqueza de avanço tecnológico existencial, da produção de produtos e medicamentos cada vez mais sofisticados (Feuerwerker; 2013).

Referenciar pensadores que deslocam o senso crítico comum e convidar o leitor para uma desorganização intelectual pode ser em um primeiro momento assustador, entretanto, em uma postura delirante e brincante abre portas para novos pensamentos e experimentações em outros mundos (Merhy, 2018).

Neste âmbito, aposta-se na construção de olhares entrecruzados, bem como suas perspectivas de um determinado objeto/sujeito. Assim como mencionado no estudo de Amorim (2016) é necessário afrouxar os fios condutores para composição e atravessamento dos múltiplos olhares sobre os mais diversos vetores que permeiam as redes de saúde.

O convite sobre pensar é abrir-se sobre esse outro que sistematicamente e cotidianamente encontra-se nas redes vivas existenciais, em certas perspectivas impostas sob lógicas distintas na produção do sentido da vida. Torna-se a intelectualização das redes vivas existenciais como um novo recurso de encontros e viabilização das produções de conhecimentos (Merhy, 2018).

Dentre essa visualização de novas formas de conhecimento, é fundamental que o profissional saia de seu campo de estagnação e busque formas diferentes de conduzir sua produção de cuidados.

Para Sampaio *et al.* (2016) as UPA não possuem apenas o papel de estabilizar o sujeito que necessita de cuidados e lança-lo novamente a rede. As UPA possuem em suas atribuições articular os serviços em rede, fornecer suporte, conectando-se através dos diversos meios conectivos da rede.

Entretanto, uma implicação nas redes pesquisadas, tanto no caso de São Gabriel do Oeste/MS, quanto na cidade de Paraíso das Águas/MS, na maioria dos casos de atendimentos médicos, verificou-se o atendimento “queixa-conduta” com receituários pré-elaborados, algumas vezes até salvos nas unidades de computadores com sua designação de queixas, tais como “Infecções de vias aéreas”, “Gastroenterite”, “cefaleia”. Dificultando a escuta qualificada e acolhimento do usuário.

É neste momento que o profissional tem que sair de seu modo mecanizado e utilizar-se de suas ferramentas disponíveis para acolhimento de modo oportuno do usuário. Considerando principalmente que um paciente com queixa recorrente de cefaleia, medicado de forma contínua apenas para sua queixa, mas sem uso dos dispositivos disponíveis para condução do caso, pode evoluir com prognóstico ruim, diante de más conduções de caso, pois uma cefaleia pode ser inúmeros fatores de condições cerebrovasculares, que podem ser investigados na Atenção Básica, mas que ficam apenas em medicalização por meio de suas queixas, agravando ainda mais o conceito de acolhimento aos usuários de modo adequado e oportuno.

Para Feuerwerker (2013) um profissional durante sua atuação no campo da saúde mobiliza ao mesmo tempo saberes e modos de atuação, todos embasados por um saber técnico específico sobre a problemática que estará enfrentando no momento. A autora afirma que a ação de outros profissionais do sistema, além médico, é subjugada a dominância lógica da ação médica, contudo, todas possuem seus núcleos cuidadores empobrecidos, focadas da produção de cuidados através de procedimentos.

É primordial ampliar a escuta e o olhar aos usuários, possibilitando que a complexidade singular de vida de cada usuário seja compreendida pelo processo de saúde – doença, neste processo por uma busca de uma qualidade de vida melhor, o usuário se desloca de posição, implicado com sua condição, ele torna-se sujeito ativo na viabilização da sua saúde, deixando de ser apenas o objeto de ações da saúde (Feuerwerker, 2013).

6.4 Cartografia do cuidado: vivências de uma profissional no cotidiano, desconstruindo padrões mecanizados

Me peguei pensando em meus devaneios, sobre a inclusão do pronome indefinido de gênero neutro 'Todex', se seria uma inclusão correta... A realidade me veio massacrante, como um tapa na cara... Quem sou eu, que sempre fui muito neutra, para julgar a ideologia do próximo, julgar sua liberdade de viver. Viver sim, porque enquanto muitos vivem sua vida felizes, cá estou, pensando algo que não me diz respeito, ou me diz, pensando em outro ângulo, em aceitar o próximo como ele é, com sua beleza infinita. Portanto, para sair do meu mundo 'mecanizado', peguei minha caixinha de ferramentas e me aventurei pelas veredas das redes vivas da saúde, desconstruindo pré-conceitos, cartografando a desterritorialização.

Antes de tudo, a determinação de não julgar uma ou outra pessoa tornou-se parte de mim, implicada com o sistema, a necessidade de retirar uma máquina fotográfica virtual e imaginária da caixa de ferramentas e ir fotografando o percurso, sem pretensão de capturar tudo ou de definir graus de relevância, mas de fotografar o que me invadiu, o que me implicou com o sistema. Não julgar não significa não estranhar, mas de deixar-se implicar, como forma de deslocar o pensamento.

Como, por exemplo, a desnaturalização do gênero e a insuficiência de representar com uma letra, não o "a" nem o "o". Como quando lia os protocolos de cuidados, ficara pensando, por um momento, como é difícil representar integralidade, integridade e complexidade com palavras, frases e ações externas ao encontro com a pessoa que está sob cuidados e com os colegas de trabalho. Mas como é necessário representar em gestos, de acolhimento, de reconhecimento e de tornar encontros mecânicos em encontros que tenham a potência de fazer a vida explodir em muita saúde, em diversidades e em transformações do mundo, para que caibam sempre mais e sempre melhor os seres que vivem, os encantados e os encantamentos.

Durante a vivência em unidades portas abertas, há a percepção de situações inimagináveis, que assombram a realidade do trabalho vivo em ação em sua forma humanizada e resolutive, ferindo a integralidade e integridade, além de descaracterizar o elo de ligação com o paciente, que passa a desacreditar no sistema.

Em uma situação que passei na pele, o "não" reconhecimento médico quanto a real função do Enfermeiro da triagem, fez-me passar por meu primeiro "não" ao sistema. Lembro-me bem, da paciente, o motivo e o desfecho.

Na ocasião, a paciente Rosa (usarei nomes fictícios para todos, com a finalidade de preservação de direitos e também pelo fato do "caso" representar diversas pessoas), entrou na triagem, toda embotada, apática, com fala lentificada, referindo cefaléia há um mês, acompanhada da filha que respondia por ela. Após triagem, médico plantonista, Sr. Lírio, questionou-me se eu não sabia trabalhar, pois situações assim eram do ESF e não para estar no PAM e que eu deveria encaminhá-la ao ESF na triagem mesmo. Entretanto, mesmo não gostando de Leis e Protocolos, ciente de qual minha função no sistema, indaguei a ele que 'pacientes que eu estivesse na triagem não seria feito tal procedimento, que meus pacientes triados passariam pelo médico antes de sua liberação ou encaminhamento, e que, se a paciente não tivesse nada, era só realizar carta de encaminhamento para o médico do ESF'.

Pois bem, senhor Lírio seguiu todo enfurecido para atender essa paciente, mal escutando suas queixas, realizando encaminhamento ao ESF, sem avaliação clínica pormenorizada, de forma dura, desumanizada, abusando da tecnologia dura. A paciente, após

receber encaminhamento em mãos, como parte do processo de transitar pela rede na busca de ajuda, foi ao ESF, até o médico, Sr. Beija-flor, que no mesmo instante realizou encaminhamento ao PAM, de contrarreferência, para que seja realizado exames aprofundados, como tomografia de crânio computadorizada por suspeita de AVC, e para diagnóstico de depressão profunda grave não tratada.

No mesmo instante, dona Rosa retornou ao PAM, com contrarreferência em mãos. Atriei novamente e fui ao senhor Lírío comunicá-lo e entregar contrarreferência em suas mãos. Somente após tal desfecho, dona Rosa realizou exames pertinentes ao caso, com "humanização", utilizando os recursos existentes desde exames laboratoriais até tomografia computadorizada. Em unidade PAM por possuir recursos mais ágeis nestas ocasiões.

Entretanto, algo que sempre me deixou incomodada e implicada, e se tivesse me rendido ao sistema e encaminhado a paciente e na esquina a mesma, por azar profissional meu, apresentasse um mau súbito e viesse a óbito, situação hipotética, mas real a se pensar. Sr. Lírío assumiria seus erros ou eu responderia sozinha as consequências nesta situação?! Por sorte, dona Rosa não estava com AVC, mas possuía uma grave depressão, tão grave que veio a óbito no mesmo ano, desconheço fatores associados e real causa, somente a evolução para o óbito.

Pontuando aqui que não me cabe julgar certos ou errados, mas vejo sempre, uma pressão médica sob o enfermeiro da triagem para dispensar o paciente peregrino, por não se tratar de caso de urgência e emergência, e sempre peço que leiam a função do enfermeiro da triagem para após, querer palpitar no serviço alheio. Situação vivenciada em ambas cidades pesquisadas em que tive atuação.

Observo muitas vezes o usuário peregrinar pelo sistema na busca de ajuda. Algumas vezes rotulados como poli queixosos, mas que tardiamente descobrem-se Câncer em estágio avançado ou até mesmo doenças sérias que evoluem a óbito rapidamente, mas que poderiam, em muitos casos, ter desfecho diferente da realidade. Tal qual minha implicância, seria o elo quebrado com o paciente o desfecho para tal realidade, ou algo do processo?!

Não me cabe dizer o modo correto e postura profissional que deveriam/devem ser adotados. Trata-se apenas de um questionamento ao sistema com suas tecnologias duras usadas abundantemente, de modo massacrante, com ausência das tecnologias leves, principalmente a escuta ativa dos pacientes, de tão fácil alcance, mas corrompido pela medicina medicamentosa.

Noutro dia, agora recente, paciente Açucena estava em fila de atendimento em ESF, com lesão em MMII, sugestivos pelos médicos como Erisipela, em tratamento com antibiótico já havia 15 dias sem melhora, sendo realizado curativos diários, contudo ferida continuava latente. Eis que me surge o médico Dama da Noite, que de longe viu a necessidade de um olhar

mais profundo para a paciente (que nem estava agendada para ele atender), mas que viu que a ineficiência do tratamento não a levaria a um bom prognóstico. O senhor Dama da Noite solicitou que a paciente fosse até o PAM, que ele iria solicitar vaga de transferência dela para hospital de referência pois, diante da gravidade, somente hospitalização ajudaria, e assim o mesmo fez, em seu horário de almoço, pediu a vaga de transferência da paciente para unidade hospitalar, sendo aceita rapidamente. Entretanto, mesmo diante do esforço e humanização, paciente evoluiu ao óbito após ter ficado em UTI por vários dias e ter sido liberada para 'descascar' em domicílio.

Me refiro, em ambas as situações, à necessidade do cuidado em ação, de empatia e humanização que, diga-se de passagem, está escassa ultimamente. Nesse contexto, o usuário peregrino, transita pelo território na busca por ajuda, pedindo socorro, muitas vezes implorando por um olhar, mesmo sabendo o caminho, que a porta de entrada do sistema é a Estratégia da Saúde da Família, o usuário busca agilidade para suas queixas, busca acolhimento, onde muitas vezes chegam e encontram os ESF abarrotados de pacientes, sem vagas, utilizando-se da rede vida existente, tecida por territórios inimagináveis, chegam as unidades de porta aberta, que em algumas situações acabam por não realizar o acolhimento com empatia, apenas realizam o atendimento instrumental e jogam novamente o usuário peregrino para transitar no sistema.

Cansado e exaurido de transitar pelo sistema, muitos vão pela rede através de pessoas com influência, sendo uma prática constante em cidades de menor porte, principalmente Paraíso das Águas/MS, onde tem-se acesso facilitado aos políticos e pessoas influentes na sociedade. Conseguindo acesso ao sistema um pouco mais ágil e facilitando diagnósticos para tratamento precoce.

Contudo, em ambas cidades pesquisadas funcionam ativamente o protocolo "KIOTO", que outro resolve, ou protocolo "Mula Manca", medicações intramusculares em ambas nádegas. Risos a parte, o processo não flui, e o paciente peregrino retorna, pois suas queixas não foram tratadas, apenas medicada, ficando a cargo da Saúde da Família realizar o rastreamento e acompanhamento de pacientes neste caso, mas sem elo de ligação e comunicação de ambas as partes, não há integralidade. A observação dos atendimentos, para além das estatísticas, nos mostra que se produzem pacientes peregrinos, andarilhos pelos serviços em busca de cuidado.

Além disso, a demora na Saúde da Família em realização de exames, procedimentos, laudos e tudo mais, dificulta ainda mais o processo, pois o usuário muitas vezes esperam filas enormes para a realização de exames que nas unidades de porta aberta fluem mais rápido, sendo um dos principais atrativos para os usuários do SUS, um meio de tecer novas trajetórias para suas queixas, um novo território funcional.

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou olhar a saúde local, das cidades pesquisadas, uma vez que, muitos peregrinam pelas redes em busca de uma atenção qualificada com escuta ativa para adesão. Diante do estudo averiguou-se que muitas complicações que são atendidas nos serviços de urgência e emergência poderiam ser manejadas nas unidades de Atenção Básica, mas devido às pedras no caminho, acabam sendo os serviços de urgência e emergência a porta de entrada de melhor escolha para a rede viva, neste caso, forma-se uma nova cartografia, de um novo fluxo que é parte das redes existenciais, fora dos padrões elaborados em protocolos definidos, observa-se o trabalho vivo da saúde em ação, que sai do papel, e busca em meios invisíveis a resolutividade de suas queixas. Ou seja, para além de perfis de atendimento e volumes de procedimentos realizados, a sistematização dos dados nos dois serviços mostra-se capaz de descrever questões e temas que demandam rodas de conversa e outras ações de educação permanente em saúde nos territórios, sobretudo nos fluxos assistenciais e nas equipes de apoio matricial. As unidades analisadas cumprem também a função de Observatórios do cuidado nos territórios, dado que as informações que são geradas representam os percursos assistenciais, alguns resolutivos e cuidadores, outros produzindo pacientes peregrinos, que andam pelo território em busca de cuidados.

Ambas unidades pesquisadas mostraram em seus dados que há uma grande demanda de atendimentos com classificação de risco azul e verde que podem ser manejados na Atenção Primária em Saúde, e que não necessitariam de atendimento emergencial. Através deste levantamento averiguou-se que, mesmo nos dias em que ocorreram atendimentos nas USF e UBSF (Unidades Básicas de Saúde da Família) ocorreram alto fluxo de atendimento nas UPA, com uma demanda em seu fluxo minimizada nos sábados e domingos, dias em que não ocorreram atendimento na rede de Atenção Básica. Os resultados pedem mais diálogos entre os gestores locais e a gestão regional, mas também conversas entre trabalhadores e dirigentes dos serviços. Cada percurso traça um mapa que torna visível a peregrinação, mas que também revela déficits de cuidado, seja de profissionais, seja dos serviços ou, mesmo, de déficits na política de cuidado. Na medida em que a omissão e o descuido são naturalizados na rede de atenção, torna-se parte da política fática de atenção à saúde, que, assim, é também a negação do SUS.

Pode-se dizer que os mapas feitos, que somados colocam uma cartografia em movimento (movimentos cronológicos de cada serviço, identificando sazonalidades e déficits crônicos nos serviços; movimentos territoriais, comparando-se as situações em diferentes

territórios) que permite compreender suficiências e insuficiências da integralidade do cuidado nos territórios, demandas por atividades de educação permanente em saúde e pactos entre gestores, considerando não apenas os dados gerais dos tetos financeiros e parâmetros das políticas, mas também a dimensão micropolítica do cuidado, que fala do que se pode fazer no interior dos serviços e na relação dos serviços entre si (formando efetivamente redes de atenção) e com os usuários. Usuários demandando cuidados no território não são apenas estatísticas, são pessoas, economias subjetivas e histórias de vida, condições que falam à integralidade em saúde, muitas vezes mais do que os laudos de exames diagnósticos.

O “grau de gravidade” é um conceito que opera o pensamento especializado em cada serviço, mas nunca é objetivo o suficiente para escapar dos erros humanos que cometem os profissionais de saúde. Não é um conceito que opera suficientemente no imaginário das pessoas, que vão se fixando em itinerários de busca de cuidados, com um grau de itinerância enorme. Então, aqui, a observação do território deixa o destaque sobre a importância do acolhimento sempre, mesmo quando a situação parece de menor risco. O acolhimento à pessoa que busca cuidados, mesmo nessas condições, pode ter o efeito pedagógico de reordenar o percurso, mudar os imaginários que operam em cada pessoa, mas, também, de assegurar ao profissional e à equipe que não se trata de uma situação em que a cegueira situacional do profissional que atende o impede de ver o risco e a gravidade. O registro de situações de desassistência é representativo dessa condição.

Neste contexto, nas unidades pesquisadas e nos estudos pesquisados, o sujeito precisa ser constituído como ativo em seu cuidado, produzindo ativamente cartografias modificadoras das instauradas territorialmente, propiciando por si só, um atendimento mais adequado as suas necessidades, uma vez que, ao não conseguir o atendimento almejado conforme suas necessidades, o usuário peregrino transita pela rede livremente, utilizando os recursos que lhe são ofertados. Uma boa forma de constituir um “paciente” em pessoa ativa no cuidado é a escuta ativa, respeitosa, que recupera o percurso assistencial e o reorienta para um percurso de cuidado. Não é apenas ao sintoma predominante que deve se centrar a atenção do profissional, seja médico ou enfermeiro, assim como aos demais membros da equipe.

Por fim, este estudo não buscou averiguar erros e acertos, poder ou não poder ditar regras ou defini-las, este estudo apenas demonstrou a realidade da rede viva em ação sob a ótica das condições sensíveis a atenção a saúde que estão utilizando as UPA como “porta de entrada” para o sistema de rede de saúde, sendo essa uma nova cartografia que está sendo elaborada pelos usuários. Recomenda-se estudos futuros a fim de aprofundar-se nesse universo da saúde que se modifica constantemente, conforme a necessidade dos usuários.

8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os impactos do estudo são voltados às avaliações das ações de saúde, com a finalidade de averiguar os movimentos existentes na rede, pois a rede de atenção a saúde é maleável aos olhos dos usuários, que estão mais entendidos sobre suas necessidades e meios para conseguir um atendimento qualificado, sem barreiras de acesso, sem “zigue-zagues” do sistema, sem portas fechadas.

Avaliar os atendimentos CSAP nas UPA possibilita ver novos trajetos desenhados pelos usuários, novas linhas não planejadas pelo sistema, novas rotas de acesso que antes podiam ser encarados como barreira, mas que podem facilitar o atendimento das estratégias da saúde, fornecendo diagnósticos em tempo oportuno, para que ocorra tratamentos de saúde com agilidade.

Salienta-se que não é apenas a saúde ou ter saúde, é ser uma pessoa modificadora das condições sociais existentes, que transformam e operam sob o aspectos da promoção de saúde, de forma singular e coletiva, uma vez que todos atuam em uma unidade harmoniosamente, não sendo nenhuma função indispensável aos serviços e assistência prestada.

Sendo uma chance de propiciar uma qualidade de vida mais adequada a população, pois, como realizam exames de urgência e emergência com prioridade, acabam realizando diagnósticos mais precisos, encaminhando os usuários para acompanhamento na atenção primária com diagnóstico fechado.

Além disso, estudar o papel do observatório na integração entre saúde da família e serviços de urgências e emergências visa melhorar a integração entre os níveis de Atenção a Saúde, com evidências para melhoria da integração entre a Saúde da Família e os serviços emergenciais, entendendo fluxos e propondo estratégias de articulações para maiores resolutividades, minimizando sobrecargas da rede de urgência e emergência, propiciando cuidados preventivos e com tratamentos precoces, com redução de complicações que necessitem atendimentos emergenciais.

Os observatórios de saúde podem ser usados como uma potente ferramenta pois analisam, coletam e interpretam a realidade, identificando padrões e demandas, monitorando a Saúde da Família de modo mais eficaz além de redirecionar os recursos de modo mais correto.

Considerando o estudo em questão, analisar múltiplos locais como observatórios permitem análises contextualizadas e detalhadas, identificando desafios específicos regionais,

adaptando as políticas públicas e estratégias integrativas conforme as características regionais, melhorando a cobertura e cuidados de qualidade.

Por fim, os dados sistematizados nos Observatórios podem subsidiar nas tomadas de decisões municipais, estaduais e federais, com informações cruciais quanto a demanda das redes de serviços locais, o desempenho da Estratégia de Saúde da Família e a eficácia das estratégias integrativas que estão sendo realizadas. Além disso, reduz custos com a sobrecarga do sistema emergencial utilizado de modo inadequado, reduzindo números de atendimentos desnecessários, com economia de recursos e, em contrapartida, melhorando a resolutividade da atenção primária evitando a sobrecarga do sistema da rede emergencial.

A elaboração de conceitos de observatórios da APS mencionados nesta dissertação ocupou-se em refletir sobre o uso dos indicadores existentes no âmbito desses dois territórios, compreendendo sua realidade e refletindo nos indicadores para a compreensão de realidades paralelas em âmbito nacional, possibilitando subsídios de processos decisórios no interior do SUS locorregional, assim como ele se apresenta. Por esse motivo, sugere-se que os dados utilizados no estudo sejam sistematizados regularmente e compartilhados entre gestores, dirigentes de serviços, trabalhadores e conselheiros de saúde nos municípios.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P.; SILVA, E.; VIANNA, L. O pesquisador *IN-MUNDO* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores in-mundo**: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida. 2014.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jan. 2012.
- ALVES, M. M. **Inovação na produção de cuidado integral**: desafios e potências em uma unidade de saúde da família no estado de São Paulo. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências, Tecnologias e Sociedade) – Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação e Ciências Humanas. São Carlos/SP, 2023.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos Estudos de Caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.
- AMORIM, E. M. **Rede em Saúde Mental**: perspectivas e encontros rumo a redes vivas. 2016. Tese (Doutorado em Ciências em Práticas de Saúde Pública). Universidade de São Paulo – USP. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo-SP, 2016.
- BARREIROS, B. R. S.; TAVARES, J. B.; GONÇALVES, T. F.; FRAZÃO, J. M.; SANTANA, M. E.; FERREIRA, I. P. Custos das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária à saúde no Brasil no período de 2014 a 2023. **Revista Observatório de La Economia Latinoamericana**, Curitiba, v. 22, n. 10, p. 01-17. 2024.
- BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Políticas e Cuidados em Saúde, Livro 2. Avaliação Compartilhada do cuidado em Saúde**: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis Editora. 2016. p. 48 - 60.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde. 30 Dez 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/>. Acesso em: 01 jan. 2024
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: avaliação da implantação e do desempenho das unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Brasília: CONASS, 2015. (Documento 28).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A - normas de manuais técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema de Saúde (SUS)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Publicado como anexo da Portaria nº 221, 17 abril 2008. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, 2007; 21 set. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL. Poder Executivo. Decreto n. 7508, de 27 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. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_. Acesso em: 19 out. 2022.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**. Belo Horizonte – Minas Gerais, v. 44, n. 4, p. 146-160, 2020.

CANTO, R. B. B. **Análise do indicador de internações por condições sensíveis à atenção básica: fatores correlacionados no estado do Rio Grande do Sul**. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

CARVALHO, L. A. F.; FARIA, A. L.; NASCIMENTO, E. F. A.; SANTOS, T. C. M. M. **A importância do protocolo de atendimento em emergência hospitalar**. XVII Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443 – 456, 2008.

CECILIO, L. C. O. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469 – 478, 1997.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; ANDRADE, M. G. G.; SANTIAGO, S. M.; MENESES, C. S.; REIS, D.

O.; ARAUJO, E. C.; PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502 - 1514, jul. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta Estabelecimento - Identificação**. 2022. Disponível em:

<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 05 de out. 2022.

COSTA, J. S. M. **Serviços de urgência e emergência hospitalar**: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. 2011. Tese (Doutorado em Demografia. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional). Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, 2011.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021.

FERLA, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: AKERMAN, M. et al. (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-122

FEUERWERKER, L. C. M. “Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: Org. FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Porto Alegre: Rede Unida. 2013. p. 43-47.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E.; SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: Surpreendendo o instituído nas redes. v. 2, 2016. Rio de Janeiro: Hexis editora. 2016. p. 10-24.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em Saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Políticas e cuidados em Saúde. Livro 2. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora. 2016. p. 35-47.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles. In: FOUCAULT, M. **Microfísica e o poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

FREITAS, P. **Triagem do serviço de urgência**: Grupo de Triagem de Manchester. 2.ed., Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149 p.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009. Abr - Jun.

HADAD, A. C. A. C.; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde debate**. v. 42, n. especial 4, p. 198 – 210, dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/paraíso-das-aguas.html>. Acesso em: 05 jun. 2022.

JESUS, A. M. **O papel do apoiador institucional no processo de territorialização na estratégia saúde da família**: um relato de experiência. 2017. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Fundação Estatal em Saúde da Família/FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, Camaçari: Fiocruz - Bahia, 2017.

JUNQUEIRA, M. S.; BARRETO, H. L. O.; BARRETO, R. S. S. O.; FARIAS, R. S. S.; SOUSA, G. A.; SILVA, C. R. J.; GONÇALVES, I. C. M. S.; PEREIRA, R. D.; MARTINS, D. S.; GARCEZ, R. S. A atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de emergência. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, 2023.

LEMINSKI, P. **Não fosse isso e era menos**; não fosse tanto e era quase. Curitiba: ZAP, 1980. 3 ed.

MARTINAZZO, G.; CETOLIN, S. F.; BELTRAME, V.; BAPTISTELA, A. R.; STEFFANI, J. A. Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária em Idosos da Região Centro-Sul do Estado do Paraná. **Revista Mundo da Saúde**. v. 45, p. 444-451, 2021.

MATOS, R. L.; BOTTON, G. G. A. L. T.; HIRDES, A. Planificação da atenção primária à saúde: percepção dos trabalhadores da estratégia Saúde da família. **International Journal of Development Research**, [s. l.], v. 11, n. 7, p. 48994-48998., 2021. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.22266.07.2021>.

MERHY, E. E. Saúde Coletiva, pós-estruturalismo e redes vivas de existência: caminhos para pensar o nosso tempo. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 4, p. 9-21, 2018.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp; 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora, v. 1, 2016. p. 31-42.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA,

D. E. S.; JÚNIOR, H. S. (Orgs.). **Políticas e cuidados em Saúde**. Livro 1. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016. p. 59-72.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Políticas e cuidados em Saúde**. Livro 2. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016. p. 25-34.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Health at a Glance 2023. **Saúde em resumo 2023**: Indicadores da OECD, 2023. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html. Acesso em: 245 jan. 2025.

O'DWYER, G. **O princípio da integralidade e o SAMU**. 2009. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2009.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, K. S.; GRANDI, A. L.; BORTOLETTO, M. S. S.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S.; MELCHIOR, R. O usuário e sua busca pelo cuidado nas redes formais e redes vivas: uma produção cartográfica. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 542–554, 2020.

OLIVEIRA, T. L.; SANTOS, C. M.; MIRANDA, L. P.; NERY, M. L. F.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4541–4552, out. 2023.

POSSA, L. B.; PADILHA, M.; PLENTZ, L. M.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Linha de Cuidados e COVID - 19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação entrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**, v. 6, supl. 2, p. 07-29, 2020.

RAMOS, J. R. S.; FAUSTO, I. R. S.; MARTELOTTE, M. C; CALADO, R. D.; BRAZ R. M. M.; LETA, F. R.; NEVES, A. M. C. Avançando na prestação de serviços públicos de saúde com Lean Healthcare e Fast Track: uma práxis educacional inovadora em UPA 24h. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 21, n.5, p. 01-22. 2024.

RANDOW, R. M. V.; BRITO, M. J. M.; SILVA, K. L.; ANDRADE, A. M., CAÇADOR, B. S.; SIMAN, A. G. Articulação com Atenção Primária à Saúde na Perspectiva de Gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento. **Revista Rene**, v. 12, p. 904-12, 2011.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura pelo atendimento de urgência pelos usuários da unidade de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação (Mestrado em Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte/MG, 2005.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

SAMPAIO, J.; FERREIRA, T. P. S.; OLIVEIRA, I. L.; SOARES, R. S.; GOMES, L. B.; COELHO, T. M.; ALMEIDA, R. B. No meio do caminho: a produção do cuidado na UPA, entre a atenção básica e hospitalar. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Políticas e cuidados em Saúde**. Livro 2. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora. 2016. p. 127-137.

SANTOS, B. V.; LIMA, D. S.; FONTES, C. J. F. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, v. 28, n. 1, mar. 2019.

SCOFANO, S. **Revista Atenção às Urgências e Emergências: Especial UPAS**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro. 2012, p. 1-8.

SILVA, L. A. G. P.; MERCÊS, N. N. A. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018, v. 71, n. 3, p. 1263-7.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. A; SILVA, H. P.; IBÁÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em Debate**. v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

ZABAN, Y. **Aplicando a Jornada do Usuário: Guia Completo**. Maio 2019. Disponível em: <https://webframe.com.br/aplicando-a-jornada-do-usuario-guia-completo/>. Acesso em: 24 jan. 2025.

APÊNDICE A - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de Paraíso das Águas/MS e autorização de coleta de dados



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DAS ÁGUAS
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso das Águas/MS, autoriza a realização da pesquisa proposta pela pesquisadora, **Sueidi Vidal da Silva**, inscrita no CPF/MF sob nº. 742.463.131-49, portadora do documento de Identidade sob nº. 001668058, residente e domiciliada à Rua Alagoas, Nº 3241, Bairro: Primavera, São Gabriel do Oeste/MS, telefone nº. 67 998550353, pesquisadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, com o título do Projeto de Pesquisa: **“Perfil de Atendimentos Realizados em Três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como Observatório da Atenção Primária e das Ações Territoriais: Um Estudo de Casos Múltiplos”**, orientada pelo Professor **Alcindo Antônio Ferla** inscrito no CPF/MF sob nº. 411.449.450-20 portador do documento de Identidade sob nº. 22.921/CREMERS, residente e domiciliado à Rua/Av. Dr. Raul Moreira, Nº. 550, Bairro: Cristal, na cidade de Porto Alegre/RS, telefone nº. (51) 999012801, professor e pesquisador do Curso de: Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

A Pesquisadora, firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados.

Fica advertida de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados dos pacientes devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Paraíso das Águas/MS, 22 de agosto de 2022.

Pesquisadora

Orientador(a)

Jefferson de Souza Corrêa
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE A - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de Paraíso das Águas/MS e autorização de coleta de dados - Continuação



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DAS ÁGUAS

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre a pesquisadora e a Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso das Águas/MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo;
- 2) Em função da rotina de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da Secretaria Municipal de Saúde como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a Secretaria Municipal de Saúde e quando necessário para equipe de saúde;
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual – EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

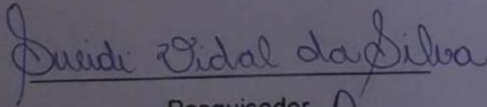
Paraíso das Águas/MS, 22 de agosto de 2022.

Pesquisadora

Orientador(a)

Jefferson de Souza Corrêa
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE B - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de São Gabriel do Oeste/MS e autorização de coleta de dados

 FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO GABRIEL DO OESTE/MS	 FUNSAÚDE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO GABRIEL DO OESTE ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL	
TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE	
Considerando a importância da pesquisa na área da saúde; Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados; Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas / prontuários / laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde; O presente termo estabelece responsabilidades entre a pesquisadora e a Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste / MS.	
COMPETÊNCIAS:	
PESQUISADOR:	
1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo. 2) Em função da rotina de trabalho da FUNSAÚDE de cada serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida; 3) Garantir a citação da FUNSAÚDE como fonte de pesquisa; 4) Disponibilizar cópia para a FUNSAÚDE e quando necessário para equipe de saúde de São Gabriel do Oeste; 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação.	
FUNSAÚDE:	
1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente; 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade / objetivo da pesquisa; 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.	
São Gabriel do Oeste - MS, 17 de agosto de 2022.	
 _____ Pesquisador	_____ Orientador
 _____ Michele Alves Paupério Presidente da FUNSAÚDE	

APÊNDICE B - Termo de Compromisso de coleta de dados em Prontuários de São Gabriel do Oeste/MS e autorização de coleta de dados - Continuação




FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO GABRIEL DO OESTE
 ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste - FUNSAÚDE, autoriza a realização da pesquisa proposta pela pesquisadora, **Sueidi Vidal da Silva**, inscrita no CPF/MF sob nº. 742.463.131-49, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 001668058, residente e domiciliada à Rua Alagoas, Nº 3241, Bairro: Primavera, São Gabriel do Oeste/MS, telefone nº. 67 998550353, pesquisadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, com o título do Projeto de Pesquisa: **“Perfil de Atendimentos Realizados em Três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como Observatório da Atenção Primária e das Ações Territoriais: Um Estudo de Casos Múltiplos”**, orientada pela Professor: **Alcindo Antônio Ferla**, inscrito no CPF/MF sob nº. 411.449.450-20 portador do documento de Identidade sob nº. 22.921/CREMERS, residente e domiciliado à Rua/Av. Dr. Raul Moreira, Nº. 550, Bairro: Cristal, na cidade de Porto Alegre/RS, telefone nº. (51) 999012801, professor e pesquisador do Curso de: Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

A Pesquisadora, firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Fundação Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou danos à imagem dos pacientes cadastrados.

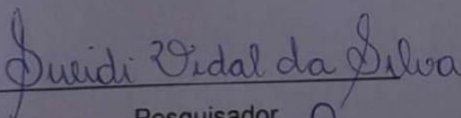
Fica advertida de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

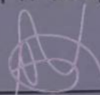
A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

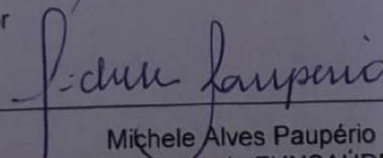
Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, a pesquisadora deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

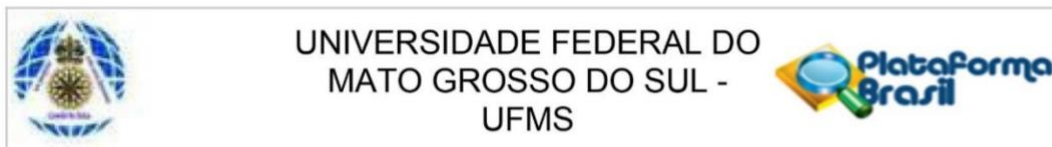
São Gabriel do Oeste - MS, 17 de agosto de 2022.


 Pesquisador


 Orientador


 Michele Alves Paupério
 Presidente da FUNSAÚDE

APÊNDICE C - Termo de Consentimento para realização do estudo pelo CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS EM TRÊS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) COMO OBSERVATÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DAS AÇÕES TERRITORIAIS: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Pesquisador: SUEIDI VIDAL DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65046322.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.982.173

Apresentação do Projeto:

Nesta nova etapa da apreciação do projeto "PERFIL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS EM TRÊS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) COMO OBSERVATÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DAS AÇÕES TERRITORIAIS: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS", a pesquisadora Sueidi Vidal da Silva apresentou os seguintes documentos:

- Informações básicas do projeto;
- Projeto detalhado retificado;
- Nova proposta de Cronograma;
- Carta-Resposta.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa consistem em:

Objetivo Geral: Analisar o perfil de atendimentos realizados em três unidades de pronto atendimento como um observatório da atenção primária e das ações territoriais.

Objetivos Específicos: Caracterizar os atendimentos realizados nas unidades de Pronto Atendimento, conforme condições sensíveis à atenção primária; Analisar o funcionamento da rede de atenção às urgências e emergências como observatório das modelagens do sistema de saúde no território; Elaborar o Mapa do cuidado – redes vivas existenciais.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ˆ Prédio das Pró-Reitorias ˆ Hércules Maymone ˆ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

APÊNDICE C - Termo de Consentimento para realização do estudo pelo CEP - Continuação



Continuação do Parecer: 5.982.173

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1994820.pdf	09/03/2023 02:13:50		Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA.doc	09/03/2023 02:12:19	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/03/2023 02:08:01	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	09/03/2023 02:05:40	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/02/2023 15:30:30	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/10/2022 11:01:36	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/09/2022 15:25:27	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito
Outros	Termos.pdf	05/09/2022 15:21:24	SUEIDI VIDAL DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 03 de Abril de 2023

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

APÊNDICE D - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de São Gabriel do Oeste/MS

Resumo dos atendimentos em Fevereiro												
Data	Situações do atendimento						Classificação de Risco					
	Registrados	Classificados	Atendidos pelo Médico	Cancelados		Não Classificados	Sem Classificação	Não Urgência	Semi Urgência	Urgência	Muito Urgente	Emergente
				Classificação	Atendimento							
01/02/23	100	51	50	1	0	48	0	7	35	8	0	1
02/02/23	97	92	91	0	0	5	0	16	59	14	0	3
03/02/23	97	87	85	0	0	10	0	5	59	20	0	3
04/02/23	95	66	63	0	0	29	0	7	44	11	0	4
05/02/23	76	0	0	0	0	76	0	0	0	0	0	0
06/02/23	109	89	87	0	2	20	0	11	52	22	0	4
07/02/23	98	92	92	0	0	6	0	2	70	17	0	3
08/02/23	106	100	98	0	0	6	0	8	65	26	0	1
09/02/23	102	90	101	0	0	12	0	4	56	27	0	3
10/02/23	78	75	75	0	0	3	0	5	54	13	0	3
11/02/23	92	85	84	0	0	7	0	3	59	19	0	4
12/02/23	86	83	81	0	1	3	0	7	50	23	0	3
13/02/23	123	118	114	0	0	5	0	20	66	30	0	2
14/02/23	122	118	114	0	0	4	0	10	73	26	0	9
15/02/23	128	116	111	0	0	12	0	13	65	36	0	2
16/02/23	102	91	89	0	0	11	0	5	53	25	0	8
17/02/23	114	106	106	0	0	8	0	9	64	33	0	0
18/02/23	102	92	90	0	0	10	0	6	65	18	0	3
19/02/23	78	71	68	0	0	7	0	8	42	21	0	0
20/02/23	162	152	145	0	0	10	0	21	94	34	0	3
21/02/23	112	102	97	0	0	10	0	13	62	27	0	0
22/02/23	136	127	117	1	0	8	0	30	70	26	0	1
23/02/23	152	124	115	0	0	28	0	35	57	31	0	1
24/02/23	93	83	78	0	1	10	0	14	47	19	0	3
25/02/23	95	86	84	0	0	9	0	12	50	21	0	3
26/02/23	102	98	97	0	0	4	0	7	63	27	0	1
27/02/23	142	124	116	0	3	18	0	9	86	27	0	2
28/02/23	98	93	91	0	0	5	0	8	65	20	0	0
TOTAL	2997	2611	2539	2	7	5	0	295	1625	621	0	70

APÊNDICE D - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de São Gabriel do Oeste/MS - *Continuação*

Data	Resumo dos atendimentos em Março											
	Situações do Atendimento						Classificação de Risco					
	Registrados	Classificados	Atendidos pelo Médico	Cancelados		Não Classificados	Sem Classificação	Não Urgência	Semi Urgência	Urgência	Muito Urgente	Emergente
				Classificação	Atendimento							
01/03/23	133	126	116	0	0	7	0	43	58	23	0	2
02/03/23	136	115	118	0	0	21	0	7	85	18	0	5
03/03/23	107	102	98	0	0	5	0	24	52	24	0	2
04/03/23	132	123	118	0	0	9	0	10	73	32	0	8
05/03/23	113	106	105	0	0	7	0	11	71	22	0	2
06/03/23	150	140	133	0	1	10	0	18	86	33	0	3
07/03/23	121	116	115	0	0	5	0	28	68	18	0	2
08/03/23	111	107	105	0	0	4	0	10	56	39	0	2
09/03/23	144	129	124	0	0	15	0	37	65	27	0	0
10/03/23	134	129	127	0	0	5	0	6	88	35	0	0
11/03/23	111	105	104	0	0	6	0	45	40	19	0	1
12/03/23	126	121	118	0	1	5	0	8	83	29	0	1
13/03/23	151	142	140	0	1	9	0	10	103	29	0	0
14/03/23	151	148	138	0	1	3	0	10	96	41	0	1
15/03/23	167	157	153	0	0	10	0	8	105	43	0	1
16/03/23	180	170	172	0	0	10	0	6	122	38	0	4
17/03/23	125	106	99	0	0	19	0	14	59	30	0	3
18/03/23	140	130	128	0	0	10	0	7	80	38	0	5
19/03/23	134	130	129	0	0	4	0	7	83	40	0	0
20/03/23	192	186	182	0	0	6	0	14	116	52	0	4
21/03/23	184	180	171	0	0	4	0	42	92	44	0	2
22/03/23	180	171	167	1	0	8	0	22	104	41	0	4
23/03/23	188	175	173	0	0	13	0	39	98	36	0	2
24/03/23	181	171	171	1	0	9	0	30	91	48	0	2
25/03/23	160	153	144	0	0	7	0	39	73	39	0	2
26/03/23	147	144	143	0	0	3	0	7	77	55	0	5
27/03/23	185	174	157	0	12	11	0	59	64	51	0	0
28/03/23	189	186	166	0	15	3	0	27	117	40	0	2
29/03/23	170	162	152	0	3	8	0	24	96	40	0	2
30/03/23	158	152	150	1	0	5	0	14	97	37	0	4
31/03/23	131	125	120	0	0	6	0	11	78	30	0	6
TOTAL	4631	4381	4236	3	34	6	0	637	2576	1091	0	77

APÊNDICE D - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de São Gabriel do Oeste/MS - Finalização

Resumo dos atendimentos na primeira semana de Abril												
Data	Situações do atendimento						Classificação de Risco					
	Registrados	Classificados	Atendidos pelo Médico	Cancelados		Não Classificados	Sem Classificação	Não Urgência	Semi Urgência	Urgência	Muito Urgente	Emergente
				Classificação	Atendimento							
01/04/23	157	146	123	0	21	11	0	6	102	32	0	6
02/04/23	126	120	113	0	4	6	0	5	65	49	0	1
03/04/23	207	197	171	0	17	10	0	27	118	42	0	10
04/04/23	157	153	150	0	2	4	0	15	100	36	0	2
05/04/23	120	117	115	0	1	3	0	19	67	29	0	2
06/04/23	136	49	48	0	0	87	0	2	32	15	0	0
07/04/23	127	0	0	1	0	126	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1030	782	720	1	45	126	0	74	484	203	0	21

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

APÊNDICE E - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de Paraíso das Águas/MS

Resumo dos atendimentos em Fevereiro												
DATA	SITUAÇÕES DO ATENDIMENTO						CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
	REGISTRADOS	CLASSIFICADOS	ATENDIDOS PELO MÉDICO	CANCELADOS		NÃO CLASSIFICADOS	SEM CLASSIFICAÇÃO	NÃO URGÊNCIA	SEMI URGÊNCIA	URGÊNCIA	MUITO URGENTE	EMERGENTE
				CLASSIFICAÇÃO	ATENDIMENTO							
01/02/23	34	34	28	0	0	0	0	32	2	0	0	0
02/02/23	27	27	20	0	0	0	0	12	14	1	0	0
03/02/23	37	37	33	0	0	0	0	18	14	5	0	0
04/02/23	28	28	18	0	0	0	0	26	2	0	0	0
05/02/23	30	30	21	0	0	0	0	14	12	4	0	0
06/02/23	34	34	31	0	0	0	0	25	8	1	0	0
07/02/23	43	43	33	0	0	0	0	41	2	0	0	0
08/02/23	40	40	35	0	0	0	0	16	22	2	0	0
09/02/23	38	38	32	0	0	0	0	21	13	4	0	0
10/02/23	39	38	31	0	0	1	0	20	14	4	0	0
11/02/23	38	38	29	0	0	0	0	18	19	1	0	0
12/02/23	27	27	20	0	0	0	0	21	5	1	0	0
13/02/23	27	27	24	0	0	0	0	25	2	0	0	0
14/02/23	48	28	24	20	0	0	0	9	18	1	0	0
15/02/23	61	56	20	5	0	0	0	50	5	1	0	0
16/02/23	43	43	30	0	0	0	0	36	3	4	0	0
17/02/23	35	35	32	0	0	0	0	17	16	2	0	0
18/02/23	29	29	24	0	0	0	0	20	7	2	0	0
19/02/23	31	31	28	0	0	0	0	27	4	0	0	0
20/02/23	44	44	31	0	0	0	0	21	20	3	0	0
21/02/23	34	34	29	0	0	0	0	19	11	4	0	0
22/02/23	52	45	38	7	0	0	0	44	1	0	0	0
23/02/23	43	43	31	0	0	0	0	25	14	4	0	0
24/02/23	46	46	42	0	0	0	0	27	17	2	0	0
25/02/23	45	45	32	0	0	0	0	40	5	0	0	0
26/02/23	6	6	6	0	0	0	0	1	4	1	0	0
27/02/23	76	68	32	8	0	0	0	56	8	4	0	0
28/02/23	52	35	25	17	0	0	0	32	3	0	0	0
TOTAL	1087	1029	779	57	0	0	0	713	265	51	0	0

APÊNDICE E - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de Paraíso das Águas/MS – Continuação

Resumo dos atendimentos em Março												
DATA	SITUAÇÕES DO ATENDIMENTO						CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
	REGISTRADOS	CLASSIFICADOS	ATENDIDOS PELO MÉDICO	CANCELADOS		NÃO CLASSIFICADOS	SEM CLASSIFICAÇÃO	NÃO URGÊNCIA	SEMI URGÊNCIA	URGÊNCIA	MUITO URGENTE	EMERGENTE
				CLASSIFICAÇÃO	ATENDIMENTO							
01/03/23	44	44	38	0	0	0	0	13	26	4	1	0
02/03/23	31	31	25	0	0	0	0	21	7	3	0	0
03/03/23	35	35	29	0	0	0	0	31	4	0	0	0
04/03/23	31	31	27	0	0	0	0	8	22	1	0	0
05/03/23	30	30	26	0	0	0	0	20	8	2	0	0
06/03/23	35	35	32	0	0	0	0	32	3	0	0	0
07/03/23	55	55	43	0	0	0	0	23	26	6	0	0
08/03/23	48	48	40	0	3	0	0	31	13	4	0	0
09/03/23	43	43	37	0	0	0	0	40	3	0	0	0
10/03/23	40	40	36	0	0	0	0	20	14	4	1	1
11/03/23	38	38	32	0	0	0	0	25	11	2	0	0
12/03/23	30	30	24	0	0	0	0	28	2	0	0	0
13/03/23	33	33	32	0	0	0	0	25	3	5	0	0
14/03/23	56	56	48	0	0	0	0	36	15	5	0	0
15/03/23	82	75	38	6	0	1	0	70	5	0	0	0
16/03/23	40	40	28	0	0	0	0	36	0	4	0	0
17/03/23	27	27	23	0	0	0	0	17	9	1	0	0
18/03/23	23	23	18	0	0	0	0	20	2	1	0	0
19/03/23	23	23	21	0	0	0	0	23	0	0	0	0
20/03/23	99	86	46	13	0	0	0	60	21	5	0	0
21/03/23	48	48	38	0	0	0	0	44	4	0	0	0
22/03/23	52	52	47	0	0	0	0	48	2	2	0	0
23/03/23	37	36	31	1	0	0	0	25	9	2	0	0
24/03/23	57	57	56	0	0	0	0	42	12	3	0	0
25/03/23	40	40	39	0	0	0	0	38	2	0	0	0
26/03/23	44	43	41	1	0	0	0	27	14	1	0	1
27/03/23	50	50	48	0	0	0	0	47	3	0	0	0
28/03/23	56	56	46	0	0	0	0	54	0	2	0	0
29/03/23	52	47	45	5	0	0	0	29	15	3	0	0
30/03/23	42	42	34	0	0	0	0	41	1	0	0	0
31/03/23	43	43	38	0	0	0	0	40	0	3	0	0
TOTAL	1364	1337	1106	26	3	0	0	1014	256	63	2	2

APÊNDICE E - Resumos dos atendimentos de fevereiro, março e primeira semana de abril de Paraíso das Águas/MS - Finalização

Resumo dos atendimentos em Abril												
DATA	SITUAÇÕES DO ATENDIMENTO						CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
	REGISTRADOS	CLASSIFICADOS	ATENDIDOS PELO MÉDICO	CANCELADOS		NÃO CLASSIFICADOS	SEM CLASSIFICAÇÃO	NÃO URGÊNCIA	SEMI URGÊNCIA	URGÊNCIA	MUITO URGENTE	EMERGENTE
				CLASSIFICAÇÃO	ATENDIMENTO							
01/04/23	51	40	33	5	0	6	0	35	5	0	0	0
02/04/23	37	37	33	0	0	0	0	36	1	0	0	0
03/04/23	46	46	43	0	0	0	0	44	1	1	0	0
04/04/23	37	37	31	0	0	0	0	23	12	2	0	0
05/04/23	48	48	45	0	0	0	0	44	4	0	0	0
06/04/23	30	30	26	0	0	0	0	28	0	2	0	0
07/04/23	31	31	28	0	0	0	0	30	1	0	0	0
TOTAL	280	269	239	5	0	0	0	240	24	5	0	0

Fonte: Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social, 2024.

ANEXO A - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40

ANEXO A - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária - - Finalização

8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neuro., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsia	
14,1	Epilepsia	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.