



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
www.ufrgs.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Porto Alegre

2018

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Roese Ramos

**Porto Alegre
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Wolff Moreira, Priscilla

A busca por atendimento em um Hospital de Pronto Socorro / Priscilla Wolff Moreira. -- 2018.

63 f.

Orientadora: Adriana Roese Ramos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Utilização de Serviços de Saúde. 4. Rede Assistencial. 5. Atenção Básica à Saúde. I. Roese Ramos, Adriana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Roese Ramos

Porto Alegre, 23 de julho de 2018

Banca

Prof^a. Dra. Adriana Roese Ramos - orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Carla Garcia Bottega
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Rosana Maffaccioli
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho a todos os profissionais e pacientes do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre que fizeram parte da minha trajetória e formação profissional

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional para eu ir em busca dos meus sonhos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela formação qualificada recebida.

À Profª Dra. Adriana Roese Ramos pela condução deste trabalho de forma acolhedora, por toda paciência e ensinamentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, pacientes e funcionários por me permitirem realizar esta pesquisa.

Aos pacientes, que me ensinam a cada dia sobre coragem, resiliência e superação.

A todos os enfermeiros competentes, dedicados, responsáveis e éticos: o exemplo diário de vocês me inspira e acalma o meu coração.

RESUMO

Introdução: A percepção dos sinais e sintomas e o senso de urgência de cada um são fatores decisivos para a procura dos serviços de emergência, independente das normas estabelecidas pelas políticas e manuais de saúde institucionais, cada usuário acaba traçando sua própria rota e construindo o seu caminho. Considerando que o atendimento em um hospital de pronto socorro deve ser voltado a casos com risco iminente de vida e que a demanda de usuários com condições sensíveis à atenção básica impacta na qualidade do serviço prestado, bem como na rede de saúde do município, os seguintes questionamentos pautaram essa pesquisa: quais as motivações que os levam a procurar atendimento neste hospital? Qual a trajetória percorrida por estes usuários até o Serviço de Emergência? Existe vinculação desses usuários com os demais pontos da rede atenção à saúde? **Objetivo:** O objetivo geral desse estudo consistiu em analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 usuários do serviço, com demandas clínicas agudizadas, que se encaixavam em demandas respiratórias e cerebrovasculares. A composição da amostra foi intencional por meio de convite e lista de adesão, constituída por pacientes adultos, de ambos os sexos, com demandas clínicas, maiores de 18 anos. Foram realizadas entrevistas, até a saturação dos dados, obtida por meio de análises parciais, ao longo das entrevistas, utilizando a análise qualitativa proposta por Minayo. Os dados foram analisados através da taxonomia das necessidades de saúde proposta por Cecílio e Matsumoto, contemplando aspectos de uso de tecnologias, vínculo com o serviço e grau de autonomia do usuário. O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, após, à Plataforma Brasil onde foi apreciado e aprovado pelo Comitê da Ética em Pesquisa da UFRGS e do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEPS/SMS-POA, sob parecer n° 2401824. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias para análise - a organização da rede de saúde e os fluxos percorridos pelos usuários; e a importância do vínculo dos usuários com o serviço. Foram identificadas nas falas dos usuários o descontentamento com a Atenção Primária em Saúde devido à falta de recursos humanos e resolutividade, à utilização de clínicas populares de saúde e à importância do vínculo com os profissionais de saúde. **Conclusão:** Para garantir uma Atenção Primária em Saúde eficiente e resolutiva, necessita-se repensar práticas e exige-se planejamento em saúde

coletiva, sensibilidade, vínculo, posicionamento crítico, reflexivo e transformador perante os desafios do serviço.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Utilização de Serviços de Saúde, Rede Assistencial, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The perception of signs and symptoms and the sense of urgency of each one are decisive factors for the search for emergency services, regardless of the norms established by institutional health policies and manuals, each user ends up tracing their own route and building their own way. Considering that care in an emergency hospital should be aimed at cases with imminent risk of life and that the demand of users with conditions sensitive to primary care impacts on the quality of the service provided, as well as on the health network of the municipality, the following questions guided this research: what are the motivations that lead them to seek care at this hospital? What is the path taken by these users to the Emergency Service? Is there a link between these users and the other points of the health care network? **Objective:** The general objective of this study was to analyze the search for care in an Emergency Hospital in Porto Alegre by users with clinical demands. **Method:** study with a qualitative approach, where semi-structured interviews were carried out with 14 service users, with acute clinical demands, which fit into respiratory and cerebrovascular demands. The composition of the sample was intentional through an invitation and a membership list, consisting of adult patients, of both sexes, with clinical demands, over 18 years of age. Interviews were carried out until data saturation, obtained through partial analysis, throughout the interviews, using the qualitative analysis proposed by Minayo. Data were analyzed through the taxonomy of health needs proposed by Cecílio and Matsumoto, covering aspects of technology use, link with the service and degrees of user autonomy. The project was sent to the Research Committee of the School of Nursing of the Federal University of Rio Grande do Sul and, later, to Plataforma Brasil, where it was analyzed and approved by the Research Ethics Committee of UFRGS and the Ethics and Research Committee in Health of the Federal University of Rio Grande do Sul. Federal University of Rio Grande do Sul and the Municipal Health Department of Porto Alegre – CEPS/SMS-POA, under opinion n° 2401824. **Results:** Two categories were identified for analysis - the organization of the health network and the flows traveled by users ; and the importance of the bond between users and the service. Dissatisfaction with Primary Health Care was identified in the users' statements due to the lack of human resources and resolution, the use of popular health clinics and the importance of the bond with health professionals. **Conclusion:** In order to guarantee an efficient and resolute Primary Health Care, practices need to be rethought and collective health planning, sensitivity, bonding, critical, reflective and transformative positioning are required in the face of service challenges.

Key words: Access to Health Services, Unified Health System, Use of Health Services, Network Assistance, Basic Health Care.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

HPS – Hospital de Pronto Socorro

MS – Ministério da Saúde

RAS – Redes de Atenção em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Programação Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

ESI – *Emergency Severity Index*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	155
2.2 Objetivo Geral	155
2.1 Objetivos específicos.....	155
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	166
3.1 O SUS e a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada dos serviços.....	196
3.2 Organização dos serviços e especificidades do serviço de emergência	169
3.3 A busca de atendimento em saúde sob a ótica dos usuários	222
3.4 O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre	244
4 MÉTODO	288
4.1 Pressupostos metodológicos	288
4.2 Campo de estudo.....	288
4.3 População e amostra.....	288
4.4 Coleta de dados	288
4.5 Análise dos dados.....	299
4.6 Considerações éticas	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	322
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	333
REFERÊNCIAS	355
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	433
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA	50
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51

1 INTRODUÇÃO

A percepção de sinais e sintomas como urgentes é um fator decisivo para a utilização dos serviços de saúde, pois é a partir dela que os usuários elaboram mecanismos e ações para a recuperação da saúde (PASARIN, 2006). A escolha do serviço a ser utilizado se dará conforme a percepção do usuário do que é simples ou grave, pela possibilidade de acesso e capacidade resolutiva do serviço cogitado para atendimento (MARQUES; LIMA, 2007).

Nesse contexto, defende-se a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal porta de entrada do sistema, o que acaba não ocorrendo, muitas vezes, pela forma com que a população procura os serviços, observada no cotidiano diário de trabalho quanto à procura pelo pronto socorro como porta de entrada preferencial. Essa situação faz com que os serviços de saúde de alta complexidade como hospitais de grande porte, com alta densidade tecnológica e demais recursos, sirvam como porta de entrada do sistema de saúde, comprometendo sua organização.

De acordo com as pesquisas realizadas por Siqueira *et al.* (2015), Tomberg (2013) e Gomide (2012), pode-se notar que grande parte dos atendimentos realizados nas emergências são por demandas clínicas agudizadas, condições estas sensíveis à rede básica de saúde, em que os usuários poderiam ter acesso ao tratamento e acompanhamento para resolução e prevenção de agravos. Além disso, deve-se considerar que, de fato, há problemas na estrutura como a falta de profissionais, insumos e conflitos de interesses que inviabilizam o atendimento e/ou comprometem a resolutividade.

Assim, considerando que o atendimento em um hospital de pronto socorro deve ser voltado a casos com risco iminente de vida e que a demanda de usuários com condições sensíveis à atenção básica impacta na qualidade do serviço prestado, bem como na rede de saúde do município, os seguintes questionamentos pautaram essa pesquisa: quais as motivações que os levam a procurar atendimento neste hospital? Qual a trajetória percorrida por estes usuários até o Serviço de Emergência? Existe vinculação desses usuários com os demais pontos da rede atenção à saúde?

No decorrer da coleta de dados, foi possível perceber que o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre acaba sendo, muitas vezes, o local onde os usuários que já peregrinaram por outros serviços não recebendo atenção nem encaminhamento são amparados, em alguns casos, sequer são acolhidos ou avaliados por algum profissional de saúde. Chegam em situação clínica que necessitam de intervenção breve, não são vinculados à

rede básica de saúde e acabam internados e necessitando de recursos de média e alta complexidade, como exames e terapias invasivas.

A escolha pelo HPS para desenvolver esta pesquisa deve-se à minha trajetória como residente do hospital entre os anos de 2014 e 2016; e por se tratar de um hospital referência em atendimento ao politraumatizado grave que acaba recebendo muitos casos clínicos agudizados, impactando na estrutura, organização do serviço e qualidade do atendimento prestado. Pacientes clínicos em condições de saúde agravadas, que poderiam receber acompanhamento e tratamento na rede básica, que acabam agudizando e tendo complicações a ponto de procurarem o serviço de emergência do HPS, são acolhidos e internados neste hospital.

Ao falarmos sobre acolhimento e demandas relativas à saúde, nos referimos a vidas, pessoas, individualidades, contextos únicos que devem ser levados em consideração para a prática do cuidado. Cada pessoa tem sua forma particular de ver e perceber a sua saúde. Diante disso, há a necessidade de se pensar em estratégias para serem implementadas no cotidiano real do trabalho para que todas as normativas e resoluções sejam "cumpridas" e ao mesmo tempo possamos atender às expectativas individuais dos usuários e suas próprias formas de "regular" a saúde.

Esta pesquisa teve o intuito de desenvolver reflexões acerca da utilização dos serviços de saúde e a importância dos fluxos de atendimento desde a atenção primária em saúde até a atenção hospitalar, buscando subsidiar a construção de estratégias que fortaleçam o SUS, empoderem os usuários, gerem satisfação nos profissionais de saúde e qualifiquem a assistência prestada nos diferentes níveis de atenção. Também teve a intenção de servir como subsídio para a organização de um sistema integrado de atenção às urgências nos diversos níveis (atenção primária, especializada, hospitalar), articulação de serviços no território e proporcionar mecanismos efetivos de regulação pública.

2 OBJETIVOS

2.2 Objetivo Geral

O **objetivo geral** deste estudo consistiu em analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.

2.1 Objetivos específicos

A partir do eixo apontado no objetivo geral, desvelaram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- a) conhecer o principal motivo de procura para atendimento e as condições de saúde mais prevalentes;
- b) identificar os vínculos existentes com a rede básica de saúde local ou serviços de apoio a partir dos usuários entrevistados;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Organização dos serviços e especificidades do serviço de emergência

A Atenção Primária em Saúde deve atuar como articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria 2048/GM, a qual classifica os atendimentos de urgência e emergência por meio de um acolhimento de forma qualificada e resolutiva. A partir de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada pela Portaria 1863/GM, dá início à organização dos sistemas regionalizados de atendimento (BRASIL, 2003).

Em 2006, foi reformulada a PNAU, tendo no componente hospitalar o eixo central da atenção às urgências e emergências, que objetiva o atendimento em casos graves e a resolubilidade de casos não urgentes utilizando-se do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2006). Em 2011, o MS publica a portaria nº 1.600/GM, que fez novas modificações na PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, visando sua organização e garantindo universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2011).

Em decorrência do perfil de morbimortalidade brasileiro, o Ministério da Saúde estipulou em 08 de julho de 2013 a Portaria nº 1.365, sobre a Linha de Cuidado ao Trauma a qual está inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa linha aborda o processo integrado de assistência ao paciente vítima de trauma, estabelecendo o acesso a todos os pontos da rede de saúde, para a garantia da plena recuperação e qualidade de vida do paciente, articulando o tratamento para o agravo já instaurado, garantindo a reabilitação e ações de prevenção (BRASIL, 2013).

O Brasil definiu que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando a construção de sistemas integrados de saúde. As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial. Esse processo teve início nos anos 2000, a partir de normas federais com o intuito de regionalizar o sistema de saúde e, dez anos mais tarde, pela introdução das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde (VIANA *et al.*, 2017). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são ações articuladas entre os serviços, usuários, gestores e trabalhadores, envolvendo diversos saberes, e estão integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que visam assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2015).

Trazendo o conceito de RAS para a realidade dos serviços, elas servem para potencializar e promover uma horizontalidade entre estes, tendo como base o acesso e, como centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde, permitindo oferecer atenção continuada e plena à determinada população de um território, comprometendo-se com prestação de cuidados de saúde que contemplem o tempo, lugar, custos e qualidade adequada (MENDES, 2010).

As RAS devem promover a horizontalidade das relações entre os pontos de atenção, com o objetivo de ofertar atenção contínua e integral; tendo como consequência o fortalecimento da Atenção Básica como centro de comunicação e o acompanhamento do usuário durante seu percurso nos serviços de saúde; além de incentivar o cuidado multiprofissional e a busca de resultados na saúde, que faça sentido na vida das pessoas. Sob essa perspectiva, as RAS são responsáveis pelos resultados sanitários e econômicos relativos à saúde da população do território e devem ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles (COSTA; SANTOS, 2014; MENDES, 2010).

Mendes (2013) afirma que as redes de atenção à saúde são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, sob coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança.

A proposta de organização em redes de atenção à saúde já foi incorporada na legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e tem constituído uma prioridade de diversos governos nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

As redes de atenção à saúde, para cumprirem com seus objetivos, devem ser coordenadas por uma APS forte com alguns pontos fundamentais: aumento da cobertura assistencial da população brasileira; melhora dos mecanismos de gestão; expansão do trabalho interdisciplinar; implantação de modelos de atenção à saúde baseados em evidência; e incremento dos recursos financeiros. Toda essa estrutura sofre a interferência da reforma da Política Nacional de Atenção Básica e com a Portaria nº 3.992 de dezembro de 2017 que estabelece critérios de financiamento, assim como o congelamento dos gastos em saúde por vinte anos pela Emenda Constitucional 95/2016.

A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. Dessa forma, organizar o SUS em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde (MENDES, 2013).

Nos dias de hoje, exige-se uma visão integrada dos níveis de atenção diferente dos modelos fechados por complexidade, no sentido de que o cuidado requer ações combinadas de diferentes serviços e profissionais e interações de naturezas diversas com a população. Ou seja, são as necessidades do paciente que definem a urgência ou tempestividade de resposta, sua gravidade e sua complexidade, com a conseqüente resposta coordenada e regulada exigida ao sistema, com o desempenho deste, sendo o resultado assistencial final para o indivíduo e as coletividades. Embora o fortalecimento da APS tenha impactado positivamente nas condições de saúde dos usuários de doenças crônicas, esta expansão é insuficiente para garantir o cuidado necessário se não estiver articulada ao processo de regionalização e constituição de redes não fragmentadas conforme artigo de reflexão de Viana *et al.* (2018).

No contexto das RAS, fazem parte os hospitais de pronto socorro, que foram criados para funcionar 24 horas por dia ininterruptamente, para atender a qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, com caráter de urgência ou emergência (PINTO; RODOLPHO; OLIVEIRA, 2004).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela da Resolução nº 1.451 (CFM, 1995), caracterizou a urgência como sendo uma circunstância imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata,

diferenciando da emergência, que definiu como a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento prolongado, exigindo, portanto, tratamento médico rápido (FERNANDES, 2004).

O Serviço de Emergência é destinado ao tratamento imediato e temporário das vítimas de acidentes ou doenças inesperadas, com início súbito, que não podem ser tratados em outros níveis de assistência. Esse serviço possui peculiaridades que tem sido objeto de estudos nacionais e internacionais, com enfoque na problemática relativa ao aumento do fluxo de pacientes, qualidade da assistência, quantidade e especificidade dos atendimentos realizados, como também as principais consequências sociais desses eventos (CARRET *et al.*, 2011).

3.2 O SUS e a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada dos serviços

O SUS é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, consequência de debates e lutas democráticas na sociedade e nos espaços políticos, sobretudo do movimento da reforma sanitária, foi afirmado na Constituição de 1988, fundamentado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (BRASIL, 1988).

Na década de 1970 surge o Movimento Sanitário que defendia uma mudança na lógica de saúde, deixando de lado o modelo biológico para levar em consideração os aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição da assistência, tendo em vista as doenças e epidemias da época, propondo que o Estado assumisse a regulação do sistema e oferta de serviços para a democratização no acesso aos serviços de saúde (GERSCHMAN, 2004; FLEURY, 2009).

Em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde através do Sistema Único de Saúde passou a ser um direito social, através da Lei 8080/1990 que institui o SUS, tendo como principais diretrizes a universalidade de acesso a todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceito ou privilégios; integralidade da assistência; participação da comunidade e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). No mesmo ano, a lei 8142/1990, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e Conselhos de Saúde, reafirmando a defesa da participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1990).

A Carta Magna que inaugurou o SUS prevê que as ações e serviços públicos de saúde sejam organizados de forma integrada, regionalizada e hierarquizada, também dispõe sobre a assistência de saúde livre à iniciativa privada, dando liberdade para o SUS recorrer a contratação de serviços e estabelecer convênios com a iniciativa privada (PAIM *et al.*, 2011).

O cuidado em saúde no SUS foi ordenado em níveis de atenção. Desta forma, temos APS, a média e a alta complexidade, visando a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde.

Segundo o conceito de Starfield (2002), a APS se baseia em quatro atributos essenciais e três atributos derivados:

- a) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências médicas;
- b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir em uma interpessoalidade intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais;
- c) integralidade: amplo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária – ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Assim, incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;

d) coordenação: pressupõe continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado do paciente. Os três atributos derivados da APS são:

- a) orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- b) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

- c) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação.

O modelo de atenção em saúde que se refere a modos de pensar e organizar os sistemas e os serviços de saúde, a partir de opções técnicas e políticas, deve ser objeto de atenção especial, na medida em que influencia fortemente as formas de cuidado no cotidiano. Dessa forma, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos (e de cada um), de maneira integrada.

A APS é o pilar dos demais níveis de atenção em saúde e destaca-se por ações que abrangem a coletividade e individualidade, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de prejuízos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de desenvolver uma atenção integral que impacte na saúde da população (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a APS – neste trabalho será utilizado o termo Atenção Primária em Saúde sendo sinônimo para Atenção Básica seguindo a tendência da literatura internacional acerca do tema e a Política Nacional de Atenção Básica – tem uma importância estruturante enquanto parte das redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2013).

As equipes atuantes na rede básica de saúde têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que atravessam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo abrangente. É importante destacar que, apesar de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente (BRASIL, 2013).

Ao lidar com essa variabilidade de problemas e dinâmicas populacionais, a capacidade de acolhida e escuta das equipes da APS às demandas, necessidades e manifestações dos

usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é de extrema importância. Nesse sentido, é fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam efetivas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região.

3.3 A busca de atendimento em saúde sob a ótica dos usuários

Diversas são as justificativas para a procura pelo pronto atendimento, no entanto, dentre elas, as potencialidades do pronto socorro na forma de alta densidade tecnológica destaca-se, uma vez que na maioria das condutas está a solicitação de exames e prescrição de medicamentos que são ali administrados, a fim de atenderem às necessidades de saúde dos usuários que o procuram (LIMA; ALMEIDA, 2013).

Em um estudo realizado num hospital de pronto-socorro da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, baseando-se em 5.629 fichas de atendimentos analisadas, foi possível constatar que apenas 51 (1%) desses atendimentos foram classificados como emergências, recebendo a cor vermelha e 872 (15%) foram classificados como amarelos. Os casos que classificados como verde somaram 2.261 atendimentos (40%), ao passo que 269 (5%) foram classificados como azuis, não urgentes (TOMBERG, 2013).

Estudo realizado por Gomide (2012) evidencia que se forem somados os motivos da procura classificados como dor, trauma/lesão, problemas respiratórios e problemas gastrointestinais, tem-se um total de 62,4% das justificativas. Em outras palavras, este percentual representa sintomas como: tosse, resfriado ou gripe, dor de garganta, diarreia, epigastralgia, torção, cefaleias, lombalgia. Portanto, sintomas que representam casos agudos de doença e que não trazem riscos imediatos aos usuários que procuraram atendimento no pronto atendimento. Com estes dados, pode-se interpretar que a maioria apresentou queixas de saúde que não necessitariam da alta densidade tecnológica que o pronto atendimento oferece.

Em outra pesquisa realizada no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – campo da presente pesquisa – realizado entre 1 de novembro de 2013 a 1 de fevereiro de 2014, com base na análise de boletins de atendimento, foram abertos 557 boletins de atendimento para crise hipertensiva, destes 298 classificados como verde, 245 como amarelos e 2 como laranja de acordo com o protocolo ESI vigente na instituição (SIQUEIRA *et al.*, 2015). Este dado nos mostra a quantidade de atendimentos clínicos de uma condição sensível à rede básica de

saúde, que necessita da criação de estratégias mútuas, dos usuários, trabalhadores e gestores para uma melhor qualidade de vida e garantia à saúde.

Pinto e Giovanella (2018) realizaram um estudo em São Paulo em relação às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica como doenças respiratórias e cerebrovasculares e encontraram uma redução significativa, quase a metade do índice em 2001 em comparação a 2016, estabelecendo esse dado ao avanço da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, ressaltando a melhoria no acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade de acesso aos medicamentos. Esse dado corrobora a importância do fortalecimento da APS.

Assim, dentre os diversos motivos para a frequente utilização do pronto socorro na percepção dos usuários estão as dificuldades de acesso aos atendimentos nas unidades básicas de saúde, representadas pela demora no atendimento e no agendamento das consultas, e os problemas na acessibilidade organizacional, devido aos turnos de funcionamento, tipo de marcação e horário das consultas (SOUZA; PINTO; FIGUEREDO, 2010; OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Ao encontro à organização das redes de atenção à saúde, Cecílio (2014) relata que a regulação do acesso aos serviços de saúde é uma produção social que comporta múltiplos regimes de regulação. A regulação é um processo permanentemente instituinte e, por isso mesmo, constante palco de mudanças.

O mesmo autor neste trabalho infere que para além da regulação das políticas de saúde, há outras maneiras de gerar a organização para atendimento nos serviços, o que resulta em uma complexa rede de interações, informações, diferenças, mas também disputas de sentidos e modos de se fazer a regulação. A partir disso, a regulação do acesso e utilização dos serviços de saúde ofertados, muito mais do que uma atividade burocrático-administrativa, da esfera ou competência governamental, é uma produção social, resultante da ação de uma multidão de atores sociais. Por isso, a importância de se considerar esses aspectos por quem deseja fazer a gestão na saúde sob uma perspectiva inclusiva que possa contemplar todas essas nuances, que possa gerar satisfação para usuários e gestores (CECÍLIO, 2014).

Para fazer essa interlocução com os dados coletados, foi utilizada a Taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto (2006) sobre as necessidades de saúde, que as organiza em quatro grupos:

- a) Boas condições de vida: relacionadas a necessidades “fisiológicas”, como alimentação, moradia, saneamento, quanto às necessidades mais “complexas”, como a segurança e afeto;

- b) Acesso a tecnologias: recursos que prolonguem e que sejam capazes de melhorar a vida, utilização de tecnologias leves (habilidades relacionais, escuta) e duras (equipamentos, infraestrutura). A oferta e o consumo dependerão da importância hierárquica produzida pelos próprios usuários a partir de suas percepções;
- c) Criação de vínculos afetivos: formação de vínculos entre usuário e profissionais de saúde/equipes assistenciais, entende-se como vínculo o encontro de subjetividades, contínua no tempo, pessoal e intransferível;
- d) Graus crescentes de autonomia: possibilidade de reconstrução e ressignificação dos sentidos de sua vida e de sua forma de viver por parte dos usuários, abrangendo a satisfação de suas necessidades.

A escolha dessa categorização deve-se ao fato de acreditar que os processos de trabalho, construção de políticas assistenciais e satisfação das necessidades de saúde da população devem levar em consideração cada contexto para a resolução dos problemas, atendendo as demandas que se alternam de acordo com as estruturas sociais, dos estilos de vida, dos recursos científico-tecnológicos disponíveis, dentre outros.

A compreensão do conceito de necessidades de saúde é condição para que se possa organizar um sistema de saúde no espaço da atenção básica e planejar a prestação de serviços para atender as necessidades de saúde da população (SOUZA, 2008).

3.4 O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) foi inaugurado em 1944, tendo como missão a atenção à saúde, focada no trauma agudo priorizando o atendimento, sem excluir os demais casos de risco de morte, por procura espontânea ou devidamente regulada (considerando a capacidade técnica de atendimento), integrado a rede de saúde de Porto Alegre, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Cidadania, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo SUS e a legislação vigente. Uma de suas características marcantes é que 30% dos seus leitos são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que mostra ser este um hospital voltado e equipado para pacientes em estado crítico de saúde (PORTO ALEGRE, 2015).

Na atual gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), considerando a estruturação da RAS no município com foco na rede de atenção às urgências e emergências, o HPS está classificado como porta de emergência e

como um dos dois polos de atenção ao trauma junto com o Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição (SMS/POA, 2013).

O HPS também é referência para acidentes com animais peçonhentos e para as especialidades que atendem causas externas como: Buco Facial, Cirurgia Geral, Traumatologia e Ortopedia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia plástica/queimados, Politraumatizados.

Na Programação Anual de Saúde (PAS) de Porto Alegre do ano de 2011 (SMS/POA, 2010), já havia a descrição da necessidade de se reorganizar o HPS e reestruturar o atendimento assistencial. Na PAS de 2012 (SMS/POA, 2012) surgiu como meta reduzir em 20% o atendimento de pacientes de baixa complexidade e de pacientes crônicos no HPS, mesmo ano em que foi implantada a classificação de risco seguindo as diretrizes nacionais de saúde vigentes.

Para o ano de 2018-2021, em relação aos objetivos da SMS/POA, o HPS aparece como polo de leitos de alta complexidade, com a ampliação dos leitos de UTI e criação de um Núcleo Interno de Regulação para encaminhar os pacientes que sejam diferentes da tipologia prioritariamente atendida pelo Hospital como trauma para os serviços que ofereçam os recursos necessários para o paciente, sem deixar de prestar o primeiro atendimento. Dessa forma, visa reorganizar o atendimento e trabalhar em conjunto com os demais pontos da rede assistencial (PMS, 2018).

O HPS vem desde o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 (SMS/POA, 2010) reorganizando o seu atendimento, com a implantação da classificação de risco em 2012, visando o atendimento nos moldes preconizados pela política de humanização, reestruturando o espaço físico do serviço e recursos humanos necessários para a consolidação do HPS para atendimento de pacientes agudos e de trauma. O sistema de classificação escolhido de acordo com as características e demandas do hospital foi o *Emergency Severity Index* (ESI), em que os níveis de atenção foram transformados em cores, de acordo com as necessidades e realidade do serviço: azul, verde, amarelo e vermelho.

O ESI é um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos desde 1999. A prioridade é definida com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada instituição determina a sua norma interna. Apresenta cinco níveis de prioridade: nível 1 (vermelho), emergente, avaliação médica imediata; nível 2 (amarelo), urgente, recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento; nível 3 (verde), os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida; nível 4 (verde),

pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais; e nível 5 (azul), os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos. A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes menos graves. Sendo assim, os que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados como 3, 4 e 5, respectivamente (GILBOY, 2011).

A classificação de risco é um instrumento utilizado para organizar o atendimento frente a demanda do hospital, priorizando os casos mais graves. No HPS, os pacientes classificados como nível 1 pela escala ESI são encaminhados direto para a sala vermelha, onde recebem atendimento médico imediato e todo suporte assistencial necessário. Já aqueles encaminhados para a área denominada sala amarela, enquadram-se no nível 2, onde podem aguardar alguns minutos para avaliação médica, mas já são assistidos pela equipe de enfermagem.

Para 2013 e 2014, surgiram como metas anuais a continuação das melhorias de estrutura física e a redução da taxa de mortalidade por traumatismo crânioencefálico grave intrahospitalar de 35% para 34% (PAS 2012; PAS 2013), caracterizando um objetivo de um hospital referência em trauma, além da implementação da linha de cuidado ao Trauma (BRASIL, 2013).

Na atual gestão da SMS/PMPA, considerando a estruturação da Rede SUS no município de POA (com foco na rede de atenção às urgências e emergências), o HPS está classificado como porta de emergência e como um dos dois polos de atenção ao trauma, juntamente com o Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição. Conforme a missão do Hospital, todos os usuários com demandas agudas são atendidos. Aqueles que tenham tipologia diversa ao perfil do HPS são, após atendimento, orientados e referenciados. Cabe ao Hospital também, auxiliar na criação e consolidação de fluxos que permitam o atendimento ágil e qualificado dos usuários com afecções clínicas agudas em conjunto com a Coordenação Municipal de Urgências e a Regulação Municipal, sendo, desta forma, parte importante no auxílio à reorganização das portas de entrada e fluxos de atendimento na saúde (SMS/POA, 2013).

No PAS 2018-2021, há menção de valorizar a APS, a regulação clínica (controle do fluxo de pacientes entre os demais níveis de atenção) e o uso de evidências científicas e da tecnologia para melhorar a assistência prestada para a população. Além disso, como objetivos destacam-se: ter uma APS coordenadora do cuidado, uso da RAS para integrar os demais pontos da assistência e enfrentamento de condições de saúde denominadas prioritárias pela SMS como as doenças crônicas (cerebrovasculares e respiratórias, entre outras) (PAS 2018).

Reconhecer as diversas características dos pacientes assistidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre constitui uma importante ferramenta para o planejamento de ações de saúde, pois oferece subsídio para a elaboração de estratégias, viabilizando a diminuição de agravos à saúde e seus fatores determinantes a partir do perfil de morbimortalidade da população. Embora o carro chefe dos atendimentos realizados seja de pacientes politraumatizados, com toda a estrutura física e de recursos tecnológicos voltados para esses casos, o HPS acolhe pacientes com demandas clínicas agudizadas, de acordo com a sua estrutura e capacidade, tentando resolver o agravo e realizando os demais encaminhamentos necessários na rede de saúde do município de Porto Alegre. Pensando nesses usuários, ao desenvolver esta pesquisa pretende-se elucidar as questões que envolvem os pacientes clínicos e poder contribuir com subsídios que impactem positivamente na rede de saúde.

Diante do exposto, é necessário que os profissionais de saúde, usuários e gestores sejam capazes de dialogar entre si para um melhor entendimento acerca das condições de saúde da população e do cuidado oferecido nos diferentes níveis de atenção. Há a necessidade de se encontrar um denominador comum em que as potencialidades sejam destacadas, onde o sistema de saúde possa garantir saúde e qualidade de vida para a população e uma gestão eficiente de acordo com os preceitos do SUS.

4 MÉTODO

4.1 Pressupostos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se preocupa com uma parte da realidade que não pode ser quantificada, ou seja, o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 2010, p. 102).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, envolvendo os pacientes internados no setor de emergência e nas enfermarias.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu os pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por condições clínicas.

Foram considerados aptos a participarem da pesquisa os usuários internados que procuraram atendimento devido às seguintes condições clínicas: hipertensão arterial sistêmica, distúrbios cerebrovasculares, doença renal crônica, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Optou-se por utilizar essas subcategorias por se tratarem de doenças com diretrizes específicas para atendimento e acompanhamento na atenção básica de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e cadernos de atenção básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

A composição da amostra foi intencional por meio de convite e lista de adesão, constituída por pacientes adultos, de ambos os sexos, com demandas clínicas, maiores de 18 anos. Foram realizadas 14 entrevistas, até a saturação dos dados, obtida por meio de análises parciais, ao longo das entrevistas (MINAYO, 2017). Quando os dados começaram a se repetir e não foram agregadas novas informações às entrevistas, a coleta foi encerrada.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi através de entrevista semiestruturada, conforme roteiro (Apêndice A), que contemplou variáveis sociodemográficas, motivo principal para procura de

atendimento, além de itens referentes à história de saúde pregressa e vinculação ao serviço de saúde de sua região de domicílio.

Como critérios de inclusão foram considerados pacientes adultos internados acima de 18 anos, de ambos os sexos, com demandas clínicas, que tinham interesse em participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão foram utilizados pacientes internados por condições traumáticas, crianças e menores de 18 anos e pacientes com funções cognitivas alteradas ou incapazes de interagir durante a abordagem. Foi realizada a busca ativa dos pacientes que estavam internados nas dependências do hospital. Aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

Ao chegar no hospital para a coleta dos dados, a pesquisadora apresentou-se para a enfermeira da unidade em busca dos usuários que se encaixassem no perfil da pesquisa. Na sequência, o usuário foi convidado a participar da pesquisa e, com o aceite, foi convidado a ir numa sala previamente estabelecida para ser entrevistado, a fim de garantir a privacidade. A abordagem se deu no momento em que o usuário não estava sendo avaliado ou recebendo algum cuidado terapêutico, para que não houvesse prejuízo ao tratamento. Foi garantida a privacidade no momento da entrevista. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e ao concordar em participar, o entrevistado foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias, uma ficou com o participante e a outra via com a pesquisadora. A entrevista procedeu-se seguindo o roteiro do Apêndice A. Os dados foram gravados com gravador de voz para posterior transcrição e análise dos dados. A qualquer momento poderia ser interrompida a entrevista, sem prejuízo ao usuário.

Os dados foram coletados pela enfermeira mestranda, nos turnos manhã/tarde/noite, após a aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob parecer n° 2401824.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada após a transcrição das entrevistas. A análise das informações se deu por meio da Análise de Conteúdo do tipo Temática, conforme proposto por Minayo (2010). Segundo esta autora:

[...] análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em

comum, as definições ressaltam o processo de inferência (MINAYO, 2008, p. 303).

A análise temática, conforme descrição de Minayo (2008), desdobra-se em três etapas:

- a) Pré-análise: baseia-se na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, na leitura flutuante e progressiva do material obtido no campo, bem como na constituição do *corpus* e na formulação e reformulação dos objetivos.
- b) Exploração do material: momento em que se visa alcançar o núcleo de compreensão do texto a partir da identificação de categorias, as quais são responsáveis pela especificação dos temas.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: refere-se à articulação das inferências e interpretações das informações obtidas no campo com o referencial teórico, a fim de responder o objetivo do estudo.

As entrevistas foram transcritas e após uma leitura detalhada e exaustiva foram separadas para a análise temática de acordo com as falas que surgiram. As falas repetidas foram agrupadas e a partir disso as categorias para análise foram definidas fazendo a interlocução com o referencial escolhido.

Após esta etapa, para a categorização analítica foi utilizada a Taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto (2006), que organiza as necessidades de saúde em quatro grupos, porém neste estudo identificamos apenas três: acesso a tecnologias, criação de vínculos afetivos e graus crescentes de autonomia. Não será explorada a categoria denominada “boas condições de vida”, pois não se refere a questões trazidas pelos usuários durante a análise das entrevistas.

4.6 Considerações éticas

Os preceitos éticos foram respeitados e seguidos de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, após, à Plataforma Brasil onde foi apreciado e aprovado pelo Comitê da Ética em Pesquisa da UFRGS e do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEPS/SMS-POA, sob parecer nº 2401824.

Os participantes foram convidados para o estudo pelo pesquisador, foram informados sobre a justificativa do mesmo, os objetivos e a maneira como se daria a participação. Também foi elucidado que a participação era de caráter voluntário, podendo haver a desistência em qualquer uma das etapas propostas, sem que esta decisão causasse ônus a si ou ao seu tratamento, ou mesmo interferência nas atividades dos profissionais do local do estudo.

A participação na pesquisa não trouxe nenhum benefício pessoal ao participante, porém serviu para qualificar o conhecimento acerca do assunto estudado e, a longo prazo, pode trazer melhorias para a população. Como risco, destacou-se o tempo estimado para a entrevista, cerca de trinta minutos ou a ocorrência de certo desconforto com alguma pergunta, representando risco mínimo. Foi apresentado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelos CEPs envolvidos, em duas vias, sendo que uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o participante.

Os dados da pesquisa ficarão armazenados com as pesquisadoras por um período mínimo de cinco anos e, após, serão inutilizados, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9610/98.

Após a defesa da dissertação de mestrado, será agendada uma reunião com a Direção e Coordenações do HPS, a fim de dar um retorno para a instituição acerca dos resultados da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde por mais que as políticas e profissionais tentem regular e normatizar, é um ato que depende de múltiplos fatores e percepções, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores envolvidos. Nesse contexto, destacou-se nessa pesquisa: a percepção da atenção primária em saúde, o senso de urgência de cada um, o avanço das clínicas populares, o cenário político e econômico, o contexto socioeconômico dos atores envolvidos e a criação dos vínculos e reconhecimentos de espaços como resolutivos e seguros sob a ótica dos usuários.

No que tange aos objetivos do estudo, pode-se perceber através das entrevistas o quanto o HPS acaba sendo a porta de entrada dos usuários do sistema de saúde que chegam em condições agudizadas, onde não obtiveram sucesso para resolução de suas demandas em outros pontos da rede de atenção em saúde. Identifica-se também o quanto a APS está distante muitas vezes desses usuários e o crescente aumento das clínicas populares. Ainda pode-se destacar a satisfação dos usuários com o atendimento recebido no HPS.

Apesar dos esforços para o fortalecimento do SUS e da APS como porta de entrada preferencial em âmbito nacional, os resultados apontam que ainda estamos longe de avançar sobre os modelos assistenciais, de fortalecer o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado, de promover uma lógica de assistência que articule os usuários e suas percepções com as lógicas normativas e que possa superar os desafios impostos com o avanço das clínicas populares e a falta de recursos para o financiamento do SUS com as novas emendas constitucionais implementadas e a mudança da PNAB.

Para garantir a APS como estratégia de mudança necessita-se repensar práticas e exige-se planejamento em saúde coletiva, sensibilidade, vínculo, posicionamento crítico, reflexivo e transformador perante os desafios do serviço. E nesse processo, a equipe de saúde multiprofissional é um expoente que pode dar garantia para que essas ações sejam efetivadas na prática, estabelecendo vínculo e diálogo com a população, tornando-se um elo potente para tensionar a mudança para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

As limitações deste estudo estão relacionadas com o número de entrevistas e o local realizado. Apesar das entrevistas terem explorado as percepções dos usuários do HPS, sugere-se que em estudos futuros se procure realizar um maior número de entrevistas e que se possa ampliar para outros hospitais para haver a comparação entre serviços com as mesmas demandas. Esse estudo tratou apenas da realidade do HPS no período estipulado da coleta dos

dados, poder ampliar o estudo para os demais hospitais de rede de Porto Alegre, talvez possa potencializar as ações de saúde e identificar demais vínculos com os serviços da rede básica, para se ter uma noção global do acesso aos serviços na cidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003>. Acesso em: 15/04/2015
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Social*; v. 22, n. 1, p. 109-123, jan./mar. 2013.
- BARATIERI, T. et al. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. *Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 18, n. 1, p. 54-63, 2017.
- BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, 2013.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.
- BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. *Esc Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 490-495, jul./set., 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde: *Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento e Demanda Espontânea*, v. 1, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*, n. 14, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Doenças Respiratórias Crônicas*, n. 25, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica*, n. 37, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Atenção Básica? Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>. Acesso em: 08/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html>. Acesso em: 11/08/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em 30/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017*. Brasília (DF), 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 18 dez. 2017.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Caderno Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago., 2005.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V.; SOARES, P. C. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, 2011.

CARRIER, E.; YEE, T.; HOLZWART, A. R. Coordination Between Emergency and Primary Care Physicians. *NIHCR*, v. 3, p. 1-11, 2011. Disponível em: <<http://www.nihcr.org/ED-Coordination.html>>. Acesso em: 15/04/2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.113-127.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p.113-26.

CECÍLIO, L. C.O.; MATSUMOTO, N.. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. PINHEIRO, R.; FERLA, A.; MATTOS, R.; (orgs.). *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ, 2006. p. 37-50.

CECILIO, L. C. O. et al. 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, 2014.

COSTA, A. M.; SANTOS, F. P. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-5, 2014.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FLEURY S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GODOY, C. V.; SILVA, J. B.. O Fenômeno de expansão das “clínicas médicas populares” no bairro Centro de Fortaleza/Ceará/Brasil. In: *XIV Colóquio Ibérico de Geografia*. 2014.

FERNANDES, R. J. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto/SP. *Catálogo – USP*, São Paulo, 2004.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GILBOY, N. et al. M. *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care*. Agency for Healthcare Research and Quality, EUA 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>>. Acesso em: 20/06/2016.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto-atendimento. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 45, p. 31-38, 2012.

HUNTER C. et al. A qualitative study of patient choices in using emergency health care for long-term conditions: The importance of candidacy and recursivity. *Patient Educ Couns*, v. 92, n. 2, p. 335-341, 2013. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00226-7/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00226-7/pdf)>. Acesso em: 20/12/2017.

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate*, v. 37, p. 51-61, 2013.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 114-123, 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M; J. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MATSUMOTO, N. F. *A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde*. 1999. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999

MATSUSHITA, T. L. CAVALCANTI, R. C.. A proposta do estado brasileiro para o desenvolvimento econômico nacional em face da emenda constitucional nº 95 e seus reflexos na saúde e na educação. *Duc In Altum-Cadernos de Direito*, v. 9, n. 17, 2017.

MELO, S. M.; CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 195-207, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711216>>. Acesso em: 02/07/2018.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/07/2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/07/2017.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/06/2018.

MENESES, C. S. et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 2013-2024, 2017.

MENESES, C. S. et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002602013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/07/2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 135-160.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. (orgs.). *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. p.15-35.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 412 p.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr., 2017.

MORAIS, P. A.; BERTOLLI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n.1, p.19-25, mar., 2011.

OLIVEIRA, T. A.; PINTO, K. A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 1122-1129, 2015.

OLIVATTI, F. N. et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Passo Fundo, UPF, v. 15, n. 3, p. 247-252, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2010/v15n3/a1847.pdf>>. Acesso em: 10/04/2018.

PORTILLO, J. La Medicina: El império de lo efímero. In: PORTILLO, J; BARRÁN J. P.; BAYCE, R. *La Medicalización de la Sociedad*. Montevideo. Ed. Nordan; 1993. p. 15-36.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PASARÍN, M. N.; SANMAMED, M. J. F.; CALAFELL, J.; BORRELL, C.; RODRÍGUEZ, D.; CAMPASOL, S.; TORNÉ, E.; TORRAS, M. G.; GUARGA, A.; PLASÈNCIA, A. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. *La población opina*, Gac Sanit, v. 20, n. 2, p. 91-100, 2006.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PINTO, I. C.; RODOLPHO, F.; OLIVEIRA, M. M. Pronto-atendimento: a percepção da equipe de Enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 25, p. 81-88, 2004.

PORTAL MÉDICO. *Resolução CFM nº 1451/95*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 08/07/2017.

RAMIRES, J. C. L. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, M. E. B. *Cidades médias: espaço em transição*. 1. ed. Expressão Popular, São Paulo, 2007. p. 173-186.

REHEM, T. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Percepção dos Usuários e Profissionais de Saúde. *CIAIQ2016*, v. 2, 2016.

RODRIGUES, Maísa Paulino; LIMA, Kenio Costa de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Social representation related to care in the family health program in Natal-Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012.. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>>. Acesso em: DIA/MÊS/ANO.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27/06/2018.

SILVA, A. C. et al. Redes de atenção à saúde: percepção de usuários de uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 7, n. 1, p. 100-110, 2017.

SILVA, V. A. A.; BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H. Desempenho dos médicos na saúde da família: uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. *Revista de Administração Pública*, v. 49, n. 5, p. 1237-1262, set./out., 2015.

SILVA, Sara de Souza et al. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, Oct. 2016. Acesso em 09/06/2018

SIQUEIRA, D. S. et al. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um Pronto Socorro no sul do Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 5, n. 2, p. 224-234, 2015.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Hospital de Pronto Socorro. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=175>. Acesso em: 21/11/2015.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Programação Anual de Saúde 2011. Dezembro de 2010. Disponível em:

<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pas_2011.pdf>. Acesso em: 11/08/2016.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Programação Anual de Saúde 2012. Abril de 2012. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programacao_anual_de_saude_2012.pdf>. Acesso em: 11/08/2016.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde de Saúde 2010 – 2013. Setembro de 2010. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em: 11/08/2016.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Programação Anual de Saúde 2013. Novembro de 2012. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pas_2013_revisada.pdf>. Acesso em: 21/11/2015.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Programação Anual de Saúde 2018. Janeiro de 2018. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf>. Acesso em: 05/07/2018.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Programação Anual de Saúde 2014. Agosto de 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pas_2014_versao.pdf>. Acesso em: 21/11/2015.

SMS/POA – Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde de Saúde 2014 – 2017. 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 21/08/2016.

SOUZA, M. F.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 13-20, 2010.

SOUZA, R. R. Prefácio. In: EGRY, E. Y. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008. p.11-2.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS). 2002.

_____. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-645, Dec., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400638&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/07/2018.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. 190- 198, 2004.

TOMBERG, J. A.; CANTARELLI, K. J.; GUANILO, M. E. E.; PAI, D. D. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 80-87, 2013.

VIANA, A. L. et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 17, supl. 1, p. 27-43, 2017.

VIANA, A.L.Á. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. *Revista Rene*, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

VIEIRA, F.. et al. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, p. 01-28, 2016.

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Pesquisador: Adriana Roese Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78437417.4.3001.5338

Instituição Proponente: SMSPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.401.824

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas. Será realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, com entrevistas semiestruturadas junto a pacientes internados na instituição. A análise se dará por análise de conteúdo do tipo temática. Para a categorização analítica será utilizada a Taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto (2006). O projeto será submetido aos Comitês de Ética da UFRGS e SMSPA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral desse estudo consiste em analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.

Objetivo Secundário:

A partir deste eixo, desdobram-se os objetivos específicos:

- conhecer o principal motivo de procura para atendimento e as condições de saúde mais prevalentes;
- identificar os vínculos existentes com a rede básica de saúde local ou serviços de apoio a partir dos usuários entrevistados;
- reconhecer a representatividade e o impacto do HPS na vida dos usuários.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.401.824

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como risco, destaca-se o tempo estimado para a entrevista, cerca de trinta minutos ou a ocorrência de certo desconforto com alguma pergunta, representando risco mínimo. O pesquisador apresentará também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelos CEPs envolvidos, em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante.

Benefícios:

A participação na pesquisa não trará nenhum benefício pessoal ao participante, porém contribuirá para qualificar o conhecimento acerca do assunto estudado e, a longo prazo, pode trazer melhorias para a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Adriana Roese Ramos

Pesquisador assistente: Pricila Wolff Moreira

Instituição: SMS

Local de realização: HPS

TCLE: sim

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Projeto aprovado no CEP UFRGS em 26/10/2017.

N estimado em 20 participantes ou até a saturação dos dados.

Data de término: primeiro semestre de 2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de rosto assinada.
- Termo de ciência e autorização da coordenação da COMESP do HPS assinado por Maria Augusta Moraes Soares em 13/09/2017.
- Cronograma adequado.
- TCLE em forma de convite e contem os contatos de ambos os CEPs;

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.401.824

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificadas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.pdf	04/10/2017 17:56:34	Adriana Roese Ramos	Aceito
Outros	TERMO_CEP_MARIA_AUGUSTA.pdf	04/10/2017 17:37:41	Adriana Roese Ramos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Priscila.pdf	04/10/2017 17:32:23	Adriana Roese Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Priscila.pdf	04/10/2017 17:29:43	Adriana Roese Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Novembro de 2017

Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

Pesquisador: Adriana Roese Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78437417.4.0000.5347

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.350.308

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS, orientado pela Profa. Dra. Adriana Roese, a ser desenvolvido pela mestranda Priscilla Wolf Moreira.

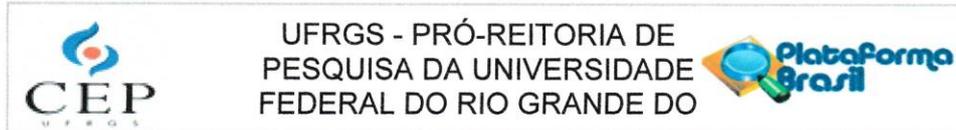
Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.

Será realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, com entrevistas semiestruturadas junto a pacientes internados na instituição, conforme roteiro, que contemplará variáveis sociodemográficas, motivo principal para procura de atendimento, além de itens referentes à história de saúde pregressa e vinculação ao serviço de saúde de sua região de domicílio.

A composição da amostra será intencional por meio de convite e lista de adesão, constituída por pacientes adultos, de ambos os sexos, com demandas clínicas, maiores de 18 anos. Estima-se uma amostra de 20 pacientes ou até a saturação dos dados, obtida por meio de análises parciais, ao longo das entrevistas (MINAYO, 2017).

Critérios de inclusão: pacientes adultos internados acima de 18 anos, de ambos os sexos, com

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.308

demandas clínicas, que tenham interesse em participar da pesquisa.

Crítérios de exclusão: pacientes internados por condições traumáticas, crianças e menores de 18 anos e pacientes com funções cognitivas alteradas ou incapazes de interagir durante a abordagem.

Será realizada a busca ativa dos pacientes que estão internados nas dependências do hospital. Aqueles que preencherem os critérios de inclusão serão convidados a participar da pesquisa.

Ao chegar no hospital para a coleta dos dados, a pesquisadora se apresentará para a enfermeira da unidade em busca dos usuários que se encaixem no perfil da pesquisa.

Após, o usuário será convidado a participar da pesquisa e caso haja o aceite, será convidado a ir numa sala previamente estabelecida para ser entrevistado, a fim de garantir a privacidade. A abordagem será no momento em que o usuário não esteja sendo avaliado ou recebendo algum cuidado terapêutico, para que não haja prejuízo ao tratamento. Será garantida a privacidade no momento da entrevista. Serão apresentados os objetivos da pesquisa e ao concordar participar, será convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma ficará com o participante e a outra via com o pesquisador. A entrevista procederá seguindo o roteiro do Apêndice A.

Os dados serão gravados com gravador de voz para posterior transcrição e análise dos dados. A qualquer momento poderá ser interrompida a entrevista, sem prejuízo ao usuário.

A análise se dará por análise de conteúdo do tipo temática. Para a categorização analítica será utilizada a Taxonomia proposta por Cecílio e Matsumoto (2006).

O projeto será submetido aos Comitês de Ética da UFRGS e SMSPA.

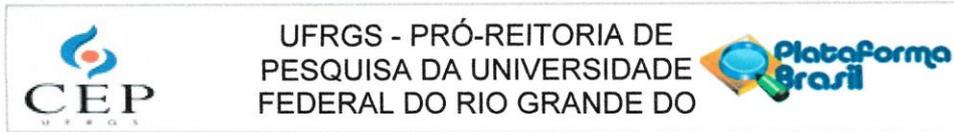
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a busca de atendimento em um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.308

- a) conhecer o principal motivo de procura para atendimento e as condições de saúde mais prevalentes;
- b) identificar os vínculos existentes com a rede básica de saúde local ou serviços de apoio a partir dos usuários entrevistados;
- c) reconhecer a representatividade e o impacto do HPS na vida dos usuários

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está descrito no projeto:

"Riscos:

Como risco, destaca-se o tempo estimado para a entrevista, cerca de trinta minutos ou a ocorrência de certo desconforto com alguma pergunta, representando risco mínimo. O pesquisador apresentará também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelos CEPs envolvidos, em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante.

Benefícios:

A participação na pesquisa não trará nenhum benefício pessoal ao participante, porém contribuirá para qualificar o conhecimento acerca do assunto estudado e, a longo prazo, pode trazer melhorias para a população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto importante no âmbito da gestão e planejamento da oferta de serviços de saúde e constituição de redes de atenção em Porto Alegre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos/documentos:

- folha de rosto devidamente assinada;
- TCLE;
- Termo de ciência e autorização da coordenação do HPS, onde será realizada a pesquisa;
- Instrumento de coleta de dados (roteiro da entrevista).

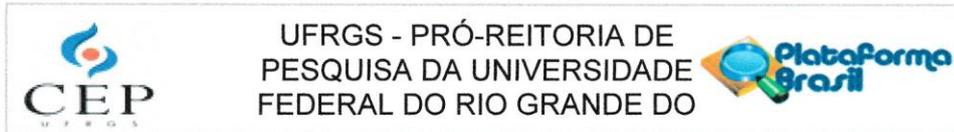
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os elementos necessários e adequados para sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.308

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1006631.pdf	05/10/2017 21:38:41		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Adriana_assinada_UFRGS.pdf	05/10/2017 15:11:08	Adriana Roese Ramos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/10/2017 17:59:25	Adriana Roese Ramos	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.pdf	04/10/2017 17:56:34	Adriana Roese Ramos	Aceito
Outros	TERMO_CEP_MARIA_AUGUSTA.pdf	04/10/2017 17:37:41	Adriana Roese Ramos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Priscila.pdf	04/10/2017 17:32:23	Adriana Roese Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Priscila.pdf	04/10/2017 17:29:43	Adriana Roese Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Outubro de 2017


 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Título: A BUSCA POR ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	
ENTREVISTADORA: Priscilla Wolff Moreira	
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª Adriana Roesse Ramos	
Nº Entrevista:	Data:
Data da abertura do boletim de atendimento:	Classificação de Risco:
Data de Nascimento:	Sexo: () Masculino () Feminino
Em qual município o senhor (a) mora: () POA () Outro → Qual?	
Distrito de saúde no qual o usuário reside (ver no boletim de atendimento): _____ () Outro Município	
Unidade Básica de Saúde referenciada: _____	

- 1) Conte-me por qual motivo o(a) senhor(a) procurou o HPS para esse atendimento? (doença e motivação de busca deste serviço)
- 2) Que outro local poderia ter, na sua região, para esse atendimento de saúde? Por qual motivo preferiu o HPS a esse local?
- 3) O(a) sr(a) costuma buscar atendimento em outros serviços de saúde? (UBS, UPA, pronto atendimentos, hospitais, serviços privados ou conveniados)
- 4) Como o(a) senhor(a) percebe o atendimento recebido no HPS? Na sua opinião, existem outros serviços de saúde que poderiam resolver o seu problema de saúde?
- 4.1) Se respondeu sim, questionar: O que a busca pelo atendimento em um hospital como o HPS representa para o(a) Sr(a) em relação à resolução de seu problema de saúde?
- 5) O senhor possui alguma doença prévia que necessite de uso de medicação contínua e acompanhamento periódico? Como lida com essa situação? Faz acompanhamento em algum serviço?
- 6) Em sua opinião, seu problema de saúde poderia ser resolvido na UBS se tivesse sido detectado antes?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A busca por atendimento em um Hospital de Pronto Socorro

Pesquisadora: Priscilla Wolff Moreira, Mestranda em Saúde Coletiva UFRGS – (51) 999 999 721, e-mail: priscillawolff@gmail.com

Pesquisadora Responsável: Prof.^a Dr.^a Adriana Roese Ramos, PPGCOL/UFRGS – (51) 33085226, e-mail: adiroese@gmail.com

Senhor (a) Participante:

Como pesquisadoras desse projeto, convidamos você a participar de uma entrevista individual, a ser gravada em áudio, estimando-se que a duração seja entre 30 e 60 minutos. O objetivo é conhecer o caminho percorrido e motivos pela procura no atendimento no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Esta pesquisa justifica-se pela busca de melhores mecanismos de gestão e regulação do acesso aos serviços de saúde, que possam beneficiar os trabalhadores e usuários do SUS.

Esse projeto faz parte de minha formação acadêmica no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Assim é isento de influências que possam vir a atrapalhar ou modificar a sua utilização do serviço oferecido. Fica assegurado a sua opção de participar e/ou a qualquer momento da pesquisa desistir da participação, sem que sua decisão incorra em prejuízos ao Senhor (a) e/ou sua relação com o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

Afirmo o caráter confidencial da entrevista e o compromisso de preservar o anonimato quanto a sua identidade. As informações concedidas serão usadas desde que devidamente validadas por você, para fins acadêmicos científicos. As gravações serão transcritas e ficará a disposição para consulta durante o período da pesquisa.

Essa pesquisa, em princípio, apresenta riscos mínimos aos seus participantes, como desconforto com alguma pergunta ou o tempo dispensado para responder a entrevista, dessa forma a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento sem ônus algum para o participante. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício pessoal ao participante, porém contribuirá para qualificar o conhecimento acerca do assunto estudado e, a longo prazo, pode trazer melhorias para a população.

Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que forem necessários, por isso no topo da folha estão nossas formas de contato.

Nome do participante

Pesquisadora

Local: Porto Alegre, ____/____/ 2017.

Caso se faça necessário, contato: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 3308 5096 / (51) 982446454 (Adriana) – adiroese@gmail.com

Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: (51) 3308 3738.

Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre: (51) 3289 5517.