



Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC/UBÁ Curso em Enfermagem

ATENDIMENTOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS USUÁRIOS

Care for conditions sensitive to primary care in emergency units: difficulties found by users

Ritiele Coelho de Souza¹ Daniel Rodrigues Machado²

¹ Discente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC/ Ubá, Minas Gerais.

² Enfermeiro efetivo na secretaria municipal de saúde de Astolfo Dutra. Residência em saúde coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Professor do curso de graduação em enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC/ Ubá, Minas Gerais.

RESUMO

A atenção primária é a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. A ESF foi adotada para operacionalizar a atenção primária no SUS. Desta forma, essa estratégia surgiu para reorganizar a utilização dos níveis assistenciais de forma a racionalizar o atendimento, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Uma boa qualidade de atenção primária, interfere positivamente na saúde da população, podendo evitar a ocorrência de doenças, reduzindo a gravidade e as complicações de saúde. Sendo assim, esse estudo teve como objetivo, através de revisão literária, identificar quais são os principais motivos que levam usuários em condições sensíveis à atenção primária à saúde a buscarem o serviço de urgência e emergência. No entanto, os serviços de saúde brasileiros na realidade, estiveram com serviços de emergências funcionando acima da capacidade e altas taxas de internações e/ou atendimentos por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento. O estudo evidenciou a incipiência de informações e recursos por parte de usuários, da equipe de saúde e da gestão municipal, o que poderia contribuir para a construção de caminhos alternativos na Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

Primary care is the gateway and communication center of the Health Care Network. The FHS was adopted to operationalize primary care in SUS, this strategy came about to reorganize the use of care levels in order to rationalize care, contributing to the improvement of access and quality of Primary Health Care. A good quality of primary care, positively interfered in the population's health, being able to prevent the occurrence of diseases, reducing the severity and health complications. Therefore, this study aimed, through a literary review, to identify the main reasons that lead users in conditions sensitive to primary health care to seek urgent and emergency services. Since, in reality, Brazilian health services are having emergency services operating above capacity and high rates of hospitalizations and / or attendance due to conditions sensitive to primary care (CSAP), which makes it difficult to visualize and establish care priorities. The study showed the incipience of information and resources on the part of users, the health team and the municipal management, which could contribute to the construction of alternative paths in the Health Care Network.

Keywords: Primary care, Family Health Strategy, Urgency and emergency

Correspondência

Nome: Ritiele Coelho de Souza

E-mail: rittiely_16@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência à saúde no Brasil organiza-se em três níveis de atenção: atenção primária à saúde (APS) média complexidade (MC) e alta complexidade (AC), segundo Spedo, Pinto & Tanaka, (2010).

Este modelo estruturou a atenção básica voltada para problemas de saúde mais frequentes na população; A Média Complexidade para as ações e serviços que atendem aos problemas de saúde e respectivos agravos, que abrangem unidades de urgência e emergência, centro de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades, cujo tratamento necessite de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e a Alta Complexidade, para as atividades de tratamento e reabilitação que necessitam de alta tecnologia, como os serviços de diálise, oncológicos, cirurgias cardiovasculares, neurocirurgias, entre outros (Tonelotto et al., 2019).

A atenção primária é a porta de entrada para os demais níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e é o eixo estruturante deste sistema, cujos princípios fundamentais são denominados: universalidade, integralidade e equidade (Pinto, Giovanella, 2018). Em 1994 foi lançado no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente foi intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi adotada para operacionalizar a atenção primária no SUS, essa estratégia surgiu para reorganizar a utilização dos níveis assistenciais de forma a racionalizar o atendimento, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde (Silva et al., 2020).

A ESF apresenta especificidades, incluindo a delimitação de território e abrangência, adstrição de clientela, ênfase no trabalho multidisciplinar, maior organização da demanda e enfoque familiar da assistência (Costa, Pattussi, Marimoto, 2016). Os sistemas que são organizados a partir da atenção primária, como o modelo da ESF, principalmente aqueles com boa cobertura (acima de 70%), apresentam menores tendências de hospitalização por algumas causas, como: cefaleia, gastroenterites, anemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial entre outras, trazendo assim redução considerável dos custos em saúde (Maia et al., 2019).

Na ESF, a equipe de profissionais é composta por no mínimo 1 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; 1 auxiliar ou técnico de enfermagem; e 1 agente comunitário de saúde para cada 750 pessoas, sendo o quantitativo máximo destes profissionais definido pelo gestor municipal. Podem ser acrescentados a essa equipe os trabalhadores da área de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde

da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável pelos cuidados primários de saúde de até 3.500 pessoas, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

Dessa forma, os profissionais conhecem as famílias de sua área de abrangência e conseguem mais facilmente identificar suas limitações, situações de risco e vulnerabilidade, trazendo assim melhoria de acesso que é proporcionado pelo vínculo estabelecido entre comunidade e unidade de saúde, permitindo um cuidado mais amplo e com maior longitudinalidade (Corrêa et al., 2019).

A equipe da ESF deve priorizar as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, por meio de ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida dos usuários, embasando-se em uma visão holística do ser humano, buscando resolutividade a partir do uso do sistema de referência e contra referência, que possibilita a coordenação do cuidado e a articulação com os demais níveis de assistência à saúde (Garuzi et al., 2014).

A boa qualidade dos serviços de atenção primária interfere, positivamente, na saúde da população adstrita, podendo evitar a ocorrência de doenças, reduzindo a gravidade e as complicações de saúde, tendo resolução de até 85% das demandas, por meio do acompanhamento adequado (Lima, Nichiata e Bonfim, 2019).

Essa, porém, não parece ser a realidade dos serviços de saúde brasileiros, tendo em vista que os serviços de emergência funcionam acima da capacidade de atendimento e apresentam altas taxas de internações e/ou atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). As CSAPs são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro ponto de atenção, cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização (Alfredique et al., 2009; Garcia et al., 2019).

Nesse contexto, a população compreende o serviço de urgência e emergência como uma válvula de escape para as restrições de acesso existentes na atenção primária, comprometendo a resolutividade dos demais níveis, afetando todo o sistema de saúde (Santos et al., 2019; Souza, Basto, 2008; Sousa et al., 2018).

A utilização de forma imprópria dos serviços de emergência promove a superlotação dos mesmos, e com demandas que se misturam entre, pacientes com real situação de urgência e emergência, que necessitam de atendimento rápido e de maior complexidade, e pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade, facilmente resolvidos em uma ESF. Esse cenário dificulta o estabelecimento de prioridades de atendimento, gerando o sentimento de insatisfação e revolta na população, que julga que o serviço de urgência e emergência deve absorver a demanda de todos que o procuram (Santos, Freitas e Oliveira, 2018).

Para contribuir com a identificação de possíveis falhas no fluxo assistencial, promover melhorias na organização dos serviços e ampliar a resolutividade dos atendimentos, esse estudo teve como objetivo, por meio de revisão da literatura, identificar quais são os principais motivos que levam usuários em condições sensíveis à atenção primária à saúde a buscarem o serviço de urgência e emergência. Para fundamentação teórica deste artigo, buscou-se artigos nacionais, filtrados através da base de dados (Lilacs), o diretório de revistas (SciELO), o portal (PubMed) e o buscador acadêmico (Google Acadêmico), os descritores foram selecionados de acordo com as demandas disponíveis nos recursos informacionais, priorizando os termos: atenção básica, atendimentos por condições sensíveis a atenção primária, urgência e emergência, estratégia saúde da família.

Processo de Estruturação da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família

À APS é compreendida como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde no Brasil, é o primeiro contato dos usuários com o SUS (Nunciaroni et al., 2020). Esse primeiro contato é caracterizado quando a população e a equipe conseguem identificar aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Espera-se que os serviços ofertados por esse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população (Oliveira, Pereira, 2013).

Como proposta de reorientação do modelo assistencial, foi criado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Figueira et al., 2020). Em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família, que mudou sua designação para Estratégia em 2006, visando à reestruturação dos serviços municipais de atenção primária, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) (Correa et al., 2019).

Esse modelo tem ampla aceitação nacional, pois propõe uma mudança na organização da atenção à saúde, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no contexto individual e coletivo. Essa estratégia foi adotada para orientar e normatizar as ações da atenção primária, definindo equipes de referência, territórios de atuação e atributos do processo de trabalho (Brasil, 2017). Trata-se de um nível de atenção à saúde que deve superar o modelo biologista e curativo, para prestar, portanto, uma assistência integral à população (Cruz et al., 2017).

Em 2006, juntamente com a ampliação do programa para estratégia, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) visando à reorganização da atenção primária, alterando e revogando dezenas de Portarias existentes até então (Pinto, Giovanneli, 2018). Esta política estabeleceu diretrizes organizacionais, levando em conta os princípios propostos pelos

Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, ratificando a ESF como prioritária e como porta de entrada, para a organização do sistema, de acordo com os preceitos do SUS (Gomes, Souza e Guiterrez, 2020; Almeida, Santos, 2016).

Com a descentralização, os municípios brasileiros passaram a responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus habitantes. Foi necessário que cada município do país criasse uma estrutura gerencial, a Secretaria Municipal de Saúde, implementando novos serviços assistenciais, além de participar do seu financiamento (Pinto, Giovanneli, 2018).

A PNAB foi revisada e publicada pelo Governo Federal em 2011, mantendo sua essência e introduzindo importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção primária, como a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que ocorreu em 2008, formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (Almeida et al., 2018). O Ministério da Saúde iniciou também o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde ofertados pela rede pública nacional de Atenção Básica – o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Abreu et al., 2018).

O PMAQ-AB buscou avaliar como está o desempenho da APS, e teve como diretriz o estímulo ao aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes e da gestão (Shimizu et al., 2018). Portanto, realiza uma avaliação sobre as condições de atendimento, materiais e recursos humanos disponíveis, tendo como finalidade a classificação das ESF's por nível de desempenho. Ressalta-se que o PMAQ-AB permitiu detectar um panorama geral da percepção dos usuários sobre a ESF e suas principais dificuldades na atenção recebida, uma vez que considerava também o nível de satisfação dos usuários com a sua respectiva equipe de referência (Fontenelle, 2012; Marchon, Junior e Pavão, 2015; Morosini, Fonseca e Lima, 2018).

Em 2017, a PNAB foi novamente revisada, tendo alguns ajustes no dimensionamento e atribuição dos agentes comunitários de saúde entre outras atualizações, mas sua principal mudança foi a nova forma de financiamento da atenção primária, extinguindo assim o método de avaliação pelo PMAQ, sendo agora a avaliação pautada na produtividade da ESF (Gomes et al., 2020; Harzheim et al., 2020). Esse método por produtividade ocorre por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, tem como objetivo definir metas a serem alcançadas pelas equipes de ESF, visando ao recebimento de pagamento por desempenho, de acordo com as regras do novo financiamento (Brasil, 2019; Harzheim, 2020).

Outra importante forma de mensurar a qualidade do serviço prestado pela atenção primária é realizando a análise das taxas de internações por condições sensíveis à atenção

primária. O uso do conceito Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem como premissa o fato de que a atenção primária à saúde oportuna e de boa qualidade pode evitar a internação ou reduzir a sua frequência para algumas condições de saúde. Para tanto, o cuidado na ESF deve ser resolutivo e abrangente, de forma que os encaminhamentos a outros níveis de atenção do sistema de saúde sejam feitos somente nos casos graves ou que demandam maior complexidade no atendimento (Pinto et al., 2019).

Nos Estados Unidos da América foi formulado um indicador a partir de uma lista de problemas de saúde baseados na CID-10 que são de fácil resolução na atenção primária. No Brasil, em 2008, essa lista foi adaptada e contém 19 grupos de causas (Santos, Lima e Fontes, 2019). O Ministério da Saúde denominou-a de Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, visando subsidiar políticas públicas mais eficazes e robustas e avaliar os serviços de saúde deste nível primário de atenção (Souza, Russo e Moura, 2017).

No Brasil, existem altas taxas de internações por essas condições e grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência poderiam ter sido solucionados na atenção primária (Lemes et al., 2015).

Principais dificuldades encontradas na APS por usuários que procuram o Pronto atendimento

Em busca de elencar as principais dificuldades que determinam as escolhas dos usuários em relação ao local de atendimento, foi possível detectar alguns achados mais frequentes. Na maioria dos estudos, os usuários identificaram o agendamento de consultas, o horário de atendimento e o tempo de espera como os fatores principais para a procura ao pronto atendimento, tendo esses aspectos sido elencados nos tópicos a seguir:

- **Agendamento de Consulta**

Entre as dificuldades mais relatadas pelos usuários em alguns estudos, destaca-se a burocracia e a demora para o agendamento de consultas de rotina e atendimento dos casos de demanda espontânea. O planejamento da agenda médica de uma ESF, seja ela semanal ou mensal, é feito pela gestão municipal de saúde, pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe, de acordo com as necessidades da população, devendo contemplar o atendimento das demandas programadas e espontâneas. Esta última, refere-se aos usuários que procuram a assistência de maneira inesperada, não programada, por motivos diversos, com demandas médicas, possivelmente, resolvidas no âmbito da atenção primária. Já a demanda programada relaciona-

se aos atendimentos previamente agendados e configura-se como importante instrumento para as ações com enfoque preventivo (Rodrigues, 2019).

Estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, no município de Bragança Paulista, São Paulo, identificou os motivos prevalentes para a procura da emergência, e revelou que muitos usuários (46,0%) depararam com dificuldades de atendimento na ESF, pelo caráter majoritário de atendimento programado (Paes, Nascimento e Negrini, 2018).

Em outra pesquisa com dados de amplitude nacional provenientes do PMAQ-AB, os usuários, frequentemente, relataram enfrentamento de longas filas para conseguirem realizar o agendamento de consultas na ESF, e um déficit na disponibilidade de vagas para demanda espontânea, indicando fragilidade na acessibilidade organizacional (Garnelo et al., 2018).

O não atendimento da demanda espontânea, a dificuldade para o agendamento de consultas, as adversidades na marcação e entrega de resultados de exames laboratoriais e de imagem e os entraves nos encaminhamentos para o atendimento especializado, são fatores que repercutiram na insatisfação e baixa procura dos usuários pela ESF (Carvalho F, 2018; Souza et al., 2008). Alguns dos usuários relataram, também, que em situações de não atendimento à demanda espontânea, os próprios profissionais da ESF os orientaram a procurarem uma unidade de pronto atendimento (Gomide et al., 2018).

Esse não atendimento aos usuários na ESF, contrapõem os princípios doutrinários do SUS, que versam sobre o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial. Isso acaba gerando percepções negativas por parte dos usuários com o atendimento ofertado na APS. Mostra-se, assim, a necessidade de maior investimento na educação permanente dos profissionais, para melhor qualificação das informações fornecidas aos usuários sobre as unidades de urgência e emergência, para que eles as procurem quando demandar real necessidade.

Estudo desenvolvido em uma unidade de urgência e emergência no interior do Rio Grande do Sul, identificou, a partir de relatos dos usuários, que o sistema de agendamento de consultas e o número de vagas ofertadas pela ESF são inadequados às necessidades da população. Evidenciou-se também que o horário de funcionamento limitado e a demora para a efetivação do atendimento na atenção primária foram elencados como fatores associados à procura pelos serviços de urgência e emergência (Lemes et al., 2015).

Essa dificuldade de agendamento de consulta pode ser relacionada aos aspectos organizacionais da ESF, como rigidez nas datas e nas modalidades previstas para o agendamento de consultas (Rehem et al., 2016; Santiago et al., 2013). Citam-se como proposta de melhorar essas mazelas, as estratégias de flexibilização no agendamento com a possibilidade

de utilização de recursos telefônicos, correios eletrônicos e outros canais oficiais de comunicação (O'Dwyer et al., 2017).

No estudo feito por Gomide et al. (2018), é possível identificar que o usuário compreende a micropolítica da gestão do agendamento da unidade em que é atendido, porém, reconhecendo a morosidade desse processo, acaba procurando outro serviço de saúde que na maioria das vezes é a unidade de urgência e emergência mais próxima.

O agendamento de consulta por meio do ACS, no momento de visita domiciliar a sua população, também pode ser tido como uma proposta de reorganização do agendamento de consultas do serviço, possibilitando uma maior comodidade e rapidez no processo de agendamento.

- **Horário de Funcionamento**

Rissardo et al. (2016), questionaram os usuários sobre os motivos que os levaram a procurar a UPA em vez da atenção primária. Detectou-se como fator principal o horário limitado de atendimento na ESF, em 32,9% das respostas dos entrevistados. Achado semelhante foi identificado em pesquisa sobre a motivação da procura pelo serviço de urgência e emergência, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, em um Pronto Atendimento com amostra de 180 usuários. Eles relataram que essa modalidade de atenção apresenta maior acessibilidade no horário de funcionamento do que a APS. Salienta-se que grande parte dos entrevistados considerou seu quadro clínico como uma situação de urgência e emergência, o que não coincidiu com a avaliação dos profissionais do pronto atendimento (Freire et al., 2015).

Estudo realizado com dados do PMAQ-AB identificou que os usuários perceberam que os horários de funcionamento organizados em turnos matutinos e vespertinos limitaram o atendimento. Como propostas, os mesmos usuários sugeriram a possibilidade de a unidade de saúde funcionar, “mais cedo pela manhã”, “no horário do almoço”, aos “finais de semana” e após as 18 horas (Carvalho B et al., 2018).

Paes, Nascimento e Negrini (2018), realizaram uma investigação científica tendo como cenário do estudo uma UPA localizada no interior do Estado de São Paulo. O horário de funcionamento da ESF foi identificado como motivador pela procura à UPA por aproximadamente 20% dos usuários. Na sua grande maioria, as ESF's têm seu funcionamento das 7h às 17 h, em horário comercial, o que contribui para que os usuários tenham que, frequentemente, faltar ao trabalho para conseguirem consultas, o que gera transtorno e insatisfação em relação ao serviço oferecido (Justo et al., 2017; Jaques et al., 2020).

Alternativa para a possível resolução deste problema seria a ampliação do período de funcionamento da unidade de saúde, objetivando atender a uma maior quantidade de pacientes. Evidenciando essa necessidade de melhor articulação da rede e dos usuários como forma de aperfeiçoar a resolubilidade da APS, foi criado o Programa Saúde na Hora que viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família e UBS (Brasil, 2020). Outra forma de facilitar o acesso seria a implementação de agenda com horários alternativos para os usuários que possuem vínculos empregatícios, bem como atividades coletivas de cunho preventivo e facilitação para marcação de exames.

- **Tempo de permanência na sala de espera**

Esperar pelo atendimento é algo rotineiro na busca do usuário pelo atendimento em saúde. Estudo realizado em São Paulo, em um hospital de referência, mostrou que a unidade hospitalar e o pronto atendimento são portas de entrada preferenciais na percepção dos usuários, principalmente pela facilidade no acesso, com tempo de espera reduzido, quando comparado às unidades de atenção primária (Rehem et al., 2016). Investigação desenvolvida em unidades de pronto-atendimento em Belo Horizonte, Minas Gerais, identificou que os usuários priorizaram estes serviços de saúde de maior complexidade tecnológica devido ao atendimento na atenção primária demandar mais tempo de espera e menor resolutividade (Pires et al., 2013).

Outra pesquisa foi realizada em cinco unidades de pronto atendimento públicos do município de Ribeirão Preto, São Paulo, com usuários que aguardavam atendimento na sala de espera, após passarem pelo acolhimento realizado pela equipe de enfermagem do serviço e identificados como situações de não urgência ou emergência. A longa espera pelo atendimento de consultas na APS foi relatada pelos usuários como motivo de insatisfação. Além de gerar insatisfação, a espera para ser atendido fez com que o usuário sentisse lesado em relação ao direito de acesso à saúde (Gomides et al., 2018).

Cabe destacar que o tempo de atendimento na sala de espera de uma unidade de urgência e emergência nem sempre é inferior ao da ESF. Essas unidades ao utilizarem o Protocolo de Classificação de Risco Manchester podem definir o tempo de espera como: vermelho (atendimento imediato), laranja (10 minutos), amarelo (60 minutos), verde (120 minutos) e azul (240 minutos). Diante disso, o usuário pode esperar por até 4 horas por atendimento em uma unidade de pronto atendimento, enquanto nas unidades de atenção primária esse atendimento pode ser realizado em até 2 horas. Esses equívocos relacionados à porta de entrada podem culminar na superlotação do serviço de urgência e emergência, gerando sua descaracterização

(Schafirowitz, Souza, 2020). Este quadro pode ser modificado com o investimento em ações de educação em saúde e de mobilização social, com objetivo de instrumentalizar a população para que possa decidir sobre o serviço para acessar com base em suas condições clínicas.

Os fatores apresentados nos três tópicos anteriores foram identificados na maior parte dos estudos, sendo expostos pelos usuários como causas principais para não procurarem a APS. Há, porém, investigações que relatam outros tipos de dificuldades, em menor proporção, mas que também devem ser evidenciadas.

Rissardo et al. (2016), desenvolveram uma pesquisa transversal que objetivou identificar os motivos que levam idosos em condições sensíveis à atenção primária à saúde a buscarem o serviço de uma unidade de pronto atendimento. Detectou-se que 24,6% dos entrevistados elencaram a localização geográfica da ESF como fator dificultador para o acesso. Isso evidencia que a distância da casa do usuário à ESF, principalmente em grandes metrópoles, assim como características de relevo (aclives e declives) pode influenciar a escolha pelo local de atendimento entre pessoas idosas. Esse mesmo estudo identificou, também, a falta e a rotatividade dos médicos das ESF, como dificuldade exposta pelos usuários, o que corrobora com o estudo de Paes, Nascimento e Negrini, (2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão dos artigos é possível ponderar que apesar da consolidação da atenção primária, principalmente em decorrência dos avanços da ESF, os usuários ainda buscam as unidades de pronto atendimento para suprir as suas necessidades de saúde que não configuram atendimentos de urgência, sendo notável ser esta uma questão tanto cultural quanto estrutural.

Evidenciou-se a incipiência de informações e recursos por parte de usuários, da equipe de saúde e da gestão municipal, o que poderia contribuir para a construção de caminhos alternativos na Rede de Atenção à Saúde.

Algumas ações são prioritárias para dar resolutividade às questões apresentadas, como: implementação de práticas educativas nos serviços de saúde, acolhimentos com escuta qualificada e humanização objetivando ampliar o acesso aos serviços, bem como a reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF para oferecer soluções aos usuários classificados como demanda programada e espontânea. Não obstante, os usuários, após serem contemplados com práticas educativas sobre o uso correto da Rede de Atenção a Saúde, precisam ter consciência e respeito pela funcionalidade de cada nível de atenção do sistema único de saúde do Brasil.

Considera-se, portanto, colocar em relevância a necessidade de outras pesquisas de campo que possam identificar os motivos que levam a população com CSAP a buscarem o serviço de urgência e emergência em municípios da Zona da Mata Mineira.

REFERÊNCIAS

Abreu DMX, Araújo LHL, Reis CMR, Lourdes AM, Lima D, Santos AF, Oliveira AJ, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil* Epidemiol. Serv. Saude. 2018; 27(3):e2017111.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa MFL, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(6):1337-49.

Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180.

Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev Saúde Publica. 2016;(50):80-89.

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); 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF); 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, n° 5 de 28 de setembro de 2017, e n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2020.

Carvalho BR, Ferreira JBB, Fausto MCR, Forster AC, Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte Evaluation of accessto primary care units in small Brazilian municipal ities. Cad. Saúde Colet. 2018; 26 (4): 462-9.

Carvalho FLO. Humanização e acolhimento na percepção dos usuários da estratégia de saúde da família da cidade de cipó – BA. Revista de Saúde ReAGES. 2018; 3 (1): 2-16.

Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24 (6): 2031-41.

Costa JSD, Pattussi MP, Morimoto T. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(4):1289-96.

Cruz JS, Almeida PF, Figueredo AH, Santos AM. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. *Rev. Salud Pública*. 2017;19 (5): 641-48.

Figueira MCS, Marques D, Vilela MFG, Bazílio J, Pereira JA, Silva EM. Work process friver Family health team sfromthe perspective of Primary Care managers. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e03574.

Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica *Rev bras med fam comunidade*. 2012; 7 (22): 5-9.

Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde Santa Maria*. 2015; 1 (41);195-200.

Garcia MRL, Sacramento DS, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. *Esc Anna Nery*. 2019; 23 (2):e20180285.

Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*. 2018; 1 (42); 81-99.

Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35 (2):144–9.

Gomes CB, Souza AC, Guitierrez DS. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25 (4): 1327-37.

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: na analysis of access and care. *Interface*. 2018; 22 (65): 387-98.

Harzheim E, “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25 (4):1189-96.

Harzheim E, D’Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Martins C. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25 (4):1361-74.

Jaques LRB, Silva POB, Borges MEO, Puglia TM, Martins CC, Mendes ECB. Acolhimento com Avaliação e classificação de risco de um Pronto Atendimento: caracterização dos atendimentos. *UnifuncCi. Saúde e Biol.* 2020; 3(6):1-10.

Justo CM, Duque AM, Lopes QS, Carvalho ES, Moreno ACC, Silva RS, et al. Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. *Rev. Saúde Col.* 2017; 7(1): 16-23.

Lemes RA, Silva MRS, Silva BT, Gonzales RIC, Chagas MCS, Santos FDR. Atendimentos sensíveis à atenção básica em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Rev enferm UFPE.* 2015; 9 (11): 9777-83.

Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53:e03414.

Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: na ecological study. *Rev Saúde Publica.* 2019; 135 (3): 270-6.

Marchon SG, Mendes-Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(11): 2313-30.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate.* 2018; 42 (116):11-24.

Nunciaroni AT, Cunha FTS, Vargas LA, Corrêa VAF. New Coronavirus: (Re) thinking the care process in Primary Health and Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(S2):e20200256.

O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017; 5 (1):125-37.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66 (esp): 158-64.

Paes KSM, Nascimento JC, Negrini LDO. O uso da atenção intermediária como porta de entrada preferencial ao sus: a percepção dos usuários classificados como não urgentes na upa 24 horas Dr. Valdir de Camargo, Bragança paulista, SP. *Ensaio USF.* 2018; 2 (2):1-13.

Pinto LF, 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.* 2018; 23(6):1903-13.

Pinto LF, Mendonça CS, Rehem TCMSB, Stelet B. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24 (6): 2105-14.

Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Mauro TGS, et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc.* 2013; 22 (1): 211-22.

Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI, Santos WS. Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária? *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29 (Suple): 138-47.

Rissardo LJ, Rego AS, Scolari GAS, Radovanovic CAT, Decesaro MN, Carreira L. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *REME – Rev Min Enferm*. 2016; 20:e-971.

Rodrigues MSM. Acolhimento à demanda espontânea: processo de trabalho da equipe de profissionais em unidade básica de saúde. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Mery P, Furtado ASM, et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1): 35-44

Santos BV, Lima DS, Fontes CJF. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019; 28 (1):e-2017497.

Santos ETS, Freitas AAS, Oliveira DML. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. *Ciências Biológicas e de Saúde*. 2018; 5 (1):187-202.

Santos KMR, Oliveira LPBA, Fernandes FCGM, Santos EGO, Barbosa IR. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em população idosa no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2008 a 2016. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2019; 22 (4):e180204.

Schafirowitz GC, Souza AC. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. *Interface*. 2020; 24(S1): e190630.

Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:e03316.

Silva AR, Faria EA, Souza SESM. Estratégias de Saúde da Família: Modelos de Planos de Ações no Sistema Único de Saúde. *Rev. ed. Atena Editora*, 2020.100;1.

Sousa FS, Martins IM, Oliveira ADS, Cardoso SB, Rocha FCV, Cordeiro ECO. Evaluation of patients over load degree in a emergency hospital service/ Avaliação do grau de superlotação de serviço hospitalar de urgência. *Portuguese Rev Enferm UFPI*. 2018; 7 (2): 41-5.

Souza ECF, Vilar RLAV, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (S1):100-10.

Souza LA, Russo RRM; Moura ATMS. Perfil de internações e prevalência de condições sensíveis à atenção primária em hospital universitário. *Rev Rene*. 2017; 18 (4) 491-98.

Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. REME. 2008; 12 (4): 581-86.

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OU. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. Physis. 2010; 20 (3): 953-72.

Tonelotto DP, Crozatti, J, Moraes VM, Righetto P. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: Uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. APGS. 2019; 4 (11): 1-22.