

O papel da estratégia da saúde da família e comunidade na rede de urgências e emergências

The role of the family and community health strategy in the urgency and emergency care network

Fábio Mauro Ricciulli¹, Elen Rose Lodeiro Castanheira²

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESFC) é parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE). Embora a ESFC seja um ponto da RAUE, essa temática é pouco estudada, mesmo com a atenção a casos de urgência e emergência (U/E) estando cada vez mais presente em seu cotidiano. Isso aponta para a importância em investigá-la. **Objetivo:** Analisar o papel da ESFC na atenção a usuários em situações de U/E. **Metodologia:** trata-se aqui, de estudo de caso, qualitativo, exploratório, desenvolvido nas sete unidades de ESFC de um município do centro-oeste paulista, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 38 profissionais, analisadas segundo descrição temática. **Resultados:** Os dados foram agrupados em três núcleos temáticos: estrutura, processo de trabalho e articulação da ESFC com a RAUE. A estrutura mostrou-se deficiente, em relação à capacitação profissional e à disponibilidade de medicamentos, materiais e insumos. A ESFC tem importante papel no atendimento a casos de U/E, entretanto o processo de trabalho não está organizado para abordar adequadamente esses casos, e a articulação com a RAUE é deficiente. Os resultados apontam para questões que representam um desafio ao aprimoramento da ESFC em contextos semelhantes e servem como embasamento preliminar para pesquisas futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Atendimento Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: The Family and Community Health Strategy (ESFC, in Portuguese) is part of the Emergency Care Network (RAUE). Although it is part of RAUE and the attention to emergency cases is increasingly present in the daily routine of the ESFC, this theme is little studied, which points out the importance of investigating it. **Objective:** To analyze the role of ESFC in the care of users in emergency situations. **Methodology:** Qualitative and exploratory case study, developed in the seven ESFC units of a municipality in the Midwest of São Paulo, Brazil. Semi-structured interviews were conducted with 38 professionals and analyzed according to the thematic description. **Results:** The data were grouped into three thematic nuclei: structure, work process, and ESFC articulation with RAUE. The structure was deficient in relation to professional training and the availability of medicines, materials, and supplies. ESFC plays an important role in the care of emergency cases. However, the work process is not organized to adequately address these cases and the articulation with RAUE is deficient. The results point to issues that represent a challenge for the improvement of ESFC in similar contexts and serve as a preliminary basis for future research.

KEYWORDS: Primary Health Care. Emergency Medical Services.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

¹ Prefeitura Municipal de Agudos, SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9061-2008>. E-mail: fmr2079@outlook.com

² Faculdade de medicina de Botucatu (UNESP-FMB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4587-7573>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa hoje a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual deve atuar como coordenadora do cuidado e organizadora das ações e serviços, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹. A expansão da APS, especialmente a partir da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESFC), vem gradativamente consolidando seu papel como porta de entrada, o que vem sendo efetivado pela priorização da ESFC como modelo substitutivo em grande parte dos municípios.

Por sua elevada descentralização e capilaridade, a APS constitui-se na base da RAS, o que a torna sede de ocorrências de eventos agudos como parte do conjunto diversificado de demandas pelas quais é responsável. Assume assim a necessidade de identificar riscos e realizar intervenções efetivas; coordenar o cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários de forma responsável, funcionando como centro comunicador entre os diversos pontos de atenção; e ordenar as redes, reconhecendo quando a melhor resposta às necessidades dos usuários estiver em outros níveis de atenção^{1,2}.

Embora a atenção a situações de urgência e emergência (U/E) não esteja tradicionalmente no rol de atribuições da APS, a expansão do acesso e a efetivação de seu papel na RAS colocam as unidades de APS como ponto estratégico para uma atenção integral. De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), é tarefa da APS o acolhimento das situações agudas, crônicas agudizadas e urgências de menor gravidade, levando em consideração se a complexidade do quadro é compatível com seu nível de assistência, uma vez que é integrante da atenção pré-hospitalar fixa. Nesse sentido, os serviços de ESFC passam a compor a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) como unidades responsáveis pelo primeiro atendimento a usuários em situações de urgência e, eventualmente, de emergência²⁻⁴.

Desse modo, é imprescindível que haja a adequação de todas as unidades de ESFC para abordar demandas de U/E em qualquer faixa etária, em relação tanto à capacitação dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de medicamentos, materiais e insumos. Além disso, é necessário que tenham um espaço adequado para que ocorra o atendimento, que pode ser uma sala de procedimentos utilizada para observação ou uma sala de estabilização, dependendo da distância de um equipamento de saúde de maior complexidade, o que compõe com outros critérios de elegibilidade²⁻⁶.

Para que haja uma apreciação adequada do indivíduo em demanda espontânea, é fundamental o acolhimento das diferentes necessidades de saúde, inclusive de situações de U/E, de modo que possam ser identificadas com prioridade e direcionadas para o cuidado necessário. Nesses casos, a utilização da estratificação de risco tem grande importância, pois essa avaliação

prévia, muitas vezes sob responsabilidade da enfermagem, é que orienta o tipo de intervenção e o tempo necessário para que se dê a melhor resposta^{1,6-8}.

As diretrizes atuais da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde preconizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco com base numa postura ética, que coloca o sujeito como protagonista, empregando uma escuta compromissada em responder às necessidades trazidas pelo usuário⁹. A percepção de uma condição de urgência, a partir de qualquer sinal de alerta, exige compor um acolhimento humanizado com a utilização de uma classificação de risco para uma adequada resposta por meio de uma linguagem padrão, sendo o modelo de Manchester um importante instrumento.

Nas situações de emergência, a equipe deve diagnosticar precocemente, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em um fluxo coerente, rápido e efetivo, pois, no atendimento pré-hospitalar de emergência, na ESFC ou em outra unidade de saúde, o tempo é um fator essencial para que se estabeleça o prognóstico final³.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de U/E tenham prioridade no atendimento. É tarefa dos profissionais da APS prestar atendimento adequado às situações de U/E até que os usuários sejam transferidos para outros pontos de atenção da RAS, com a responsabilidade da assistência sendo do médico solicitador até que o usuário seja recebido pelo médico de outro serviço ou pelo médico da unidade de transporte, quando utilizado o suporte avançado de vida. Todavia, é válido ressaltar que a responsabilidade do médico solicitador não cessa totalmente, pois, além da avaliação e conduta prévia, há a indicação da transferência ocorrida. De acordo com o princípio da longitudinalidade e da coordenação do cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilização do profissional da ESFC solicitante ainda persiste, mesmo o paciente estando presente em outro ponto de atenção da RAS, porque, no momento seguinte, podem existir cuidados de seguimento em contrarreferência (CR), com transmissão de informações da unidade de referência para ESFC de origem^{1,3}.

Além da ESFC, os demais pontos da RAUE são: a Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) com funcionamento de 24 horas e a Atenção Hospitalar. Esses componentes, apesar de terem diferentes perfis assistenciais, devem estar integrados².

Apesar de compor a RAUE, o papel da ESFC no atendimento ao usuário em condições agudas ainda precisa ser melhor detalhado e reconhecido pelos profissionais, pois na PNAU há apenas uma lista mínima de medicamentos e materiais, sem explicitar a habilitação dos recursos humanos e de outras condições estruturais necessárias – como espaço físico, mobiliário e insumos – que devem compor o ambiente de atendimento^{3,10}.

Estudos que abordam essa temática apontam a ocorrência de vários obstáculos a serem superados, entre os quais, a dificuldade dos profissionais da equipe em reconhecer uma urgência; o não entendimento da ESFC como serviço capaz de realizar um atendimento adequado, considerando que esse tipo de abordagem foge ao escopo da APS; dificuldades para a assistência pela equipe, como ausência de local adequado e falta de medicamentos, materiais e insumos essenciais; e escassez de educação continuada dos profissionais da APS nas questões de U/E. Apontam também problemas na organização da rede, como escassez de mecanismos de contrarreferência dos níveis secundário e terciário; pouca integração das unidades de pronto atendimento (UPA) com a rede assistencial e fragmentação gerencial pela ausência de governança unificada; falta de estabelecimento e formalização da UPA na função de retaguarda da APS, principalmente, em relação a exames complementares e/ou leito de observação; ausência de mecanismos facilitadores de acesso a recursos das UPA para os usuários previamente atendidos na APS, sem a necessidade de novas avaliações; fragilidade, fragmentação e desarticulação da integração do cuidado entre a APS, a UPA e os outros serviços que compõem a RAS; além da indefinição dos gestores e dos profissionais de saúde sobre qual serviço de saúde é responsável pelo atendimento de situações urgentes de baixo risco, se a UPA ou a APS¹¹⁻¹⁵.

Apesar da relevância dos aspectos apontados, a atenção a situações de U/E por serviços de APS ainda é pouco estudada na literatura nacional. Nesse sentido, a presente investigação tem por objetivo analisar, a partir do estudo de um município de pequeno porte do centro-oeste paulista, as experiências de profissionais de equipes da ESFC no atendimento de ocorrências agudas, identificando as dificuldades a serem superadas tanto em relação à estrutura e organização do processo de trabalho, como em relação à integração com a rede de U/E.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, acerca do tema U/E na APS.

A RAUE municipal é composta por sete UBSs, sendo uma única rural; um ambulatório médico de especialidades (AME); uma UPA com uma unidade de terapia intensiva móvel, capaz de ofertar suporte avançado de vida e uma ambulância municipal de suporte básico de vida (SBV); um centro de atenção psicossocial; um centro-dia do idoso; e uma base do SAMU. As UBS municipais com suas equipes de ESFC utilizam um sistema eletrônico de prontuários e são interligadas umas com as outras e com o AME, mas não interligadas com a UPA e nem com os hospitais de referência.

O estudo foi realizado nas UBS de um município do centro-oeste paulista, que são unidades mistas, que contam com pelo menos uma equipe de ESFC ou do Programa Mais

Médicos, ambos compostos por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem (TAE) e agentes comunitários de saúde (ACS), esses últimos principalmente nas equipes de ESFC, além de outros profissionais da APS que atuam em períodos específicos, com menor carga horária e que formam a equipe multidisciplinar tradicional da UBS, como pediatras, ginecologistas, clínicos gerais e fisioterapeutas, com alguns deles fazendo rodízio entre as UBS.

A técnica de pesquisa utilizada foi constituída por entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam nas ESFC, no transporte de pacientes em situações de U/E e na UPA. Foram entrevistados profissionais de saúde das equipes de ESFC das UBS que compõem a rede básica do município: nove médicos, nove enfermeiros, dez TAE, cinco gerentes de UBS, sendo um deles acompanhado de um ACS, um enfermeiro da ambulância municipal e três profissionais da UPA municipal, entre eles um gerente, um enfermeiro, responsável técnico e um médico que presta assistência, totalizando 38 pessoas. A escolha dos entrevistados procurou contemplar as equipes da ESFC diretamente envolvidas na assistência, os gerentes e os profissionais que compõem a RAUE do município. As 12 equipes de ESFC previstas no município não se encontravam completas em função da ausência temporária por afastamento ou do desfalque do profissional nessas equipes. O trabalho de campo ocorreu entre fevereiro e maio de 2020.

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por temas que permitiram conhecer a percepção e a experiência dos profissionais sobre a atenção a situações ameaçadoras da vida. Foram construídos quatro roteiros de entrevistas, cada qual elaborado de acordo com a função do entrevistado, sendo o primeiro para profissionais que prestam assistência à saúde, como médicos, enfermeiros e TAE da ESFC; o segundo, para gerentes das UBS; o terceiro para o gerente, o enfermeiro responsável técnico e um médico assistente da UPA; e o quarto, para um enfermeiro de ambulância do município. Foram realizadas entrevistas-piloto para definição dos roteiros finais.

A análise dos relatos baseou-se em Braun e Clarke (2006; 2013; 2014) e em Clarke e Braun (2013) *apud* Souza¹⁶, seguindo as seis fases de escuta propostas pelo autor. A análise permitiu reconhecer a organização da atenção às U/E, em relação tanto às condições de atendimento quanto ao processo de trabalho que vem sendo executado, bem como desenvolver uma discussão pouco estudada pela literatura no contexto da APS. Os relatos foram transcritos de forma fiel às respostas dos entrevistados.

Este estudo apresenta os resultados qualitativos do mestrado profissional em Saúde da Família ProfSaúde, chamado “O papel da Estratégia da Saúde da Família na Rede de Urgências e Emergências”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de medicina de Botucatu (UNESP-FMB), parecer n.º 3.798.310.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características do município estudado, com destaque para os materiais e fluxos da RAUE, permitem um reconhecimento do contexto em que se deu o estudo, seguido da categorização realizada a partir da análise das entrevistas.

Características gerais do município estudado

Trata-se de uma cidade localizada no centro-oeste paulista com população de 36.134 habitantes em 2020¹⁷. Desses, cerca de 1.530 residem em distrito rural¹⁸, que possui assentamentos. A cidade pertence ao grupo dos municípios paulistas com escolaridade média e elevado nível de riqueza. O IDH aumentou 11,4 % desde o ano 2000, acompanhando o aumento observado no estado de São Paulo (ESP), atingindo 0,74¹⁸. Embora seja um município de pequeno porte, os indicadores sociodemográficos e epidemiológicos aproximam-se dos valores médios encontrados no ESP, conforme pode ser visto na tabela 1, na próxima página.

A Rede municipal de atenção à urgência e emergência

Cada ESFC é responsável, em média, por um território com aproximadamente 4.100 pessoas, exceto a rural, que atende em torno de 1.500 pessoas. Esse número ultrapassa a recomendação da PNAB que é de 2.000-3.500 pessoas por equipe¹. Há unidades com mais de uma equipe, totalizando a previsão de 12 equipes de ESFC. Todavia, quatro ESFC estavam trabalhando fora dos padrões de composição da equipe mínima e de adscrição de clientela, uma vez que suas equipes se encontravam desfalcadas de profissionais no período estudado, bem como não possuíam cadastro da totalidade dos pacientes atendidos, nem território delimitado. Além disso, existe uma divisão desigual da população entre as UFSC, considerando-se o total da população do município, o que acaba sobrecarregando algumas equipes.

Em relação à vulnerabilidade dos territórios de abrangência das ESFC, três equipes atuam em territórios mais vulneráveis, com população com baixa renda, moradias conurbadas e maior número de problemas de saúde. Por outro lado, há regiões no município com populações de maior poder aquisitivo e que utilizam menos as UBS municipais.

Tabela 1 – Indicadores sociodemográficos e epidemiológicos do município estudado e no ESP

Indicadores sociodemográficos / epidemiológicos	Município estudado	Estado de São Paulo
IDH (2010) ¹⁷	0,74	0,78
Taxa de analfabetismo (2010) ¹⁷	5%	4%
Proporção de idosos (2020) ¹⁸	15%	15%
Esperança de vida ao nascer (2010) ¹⁸	76 anos	76 anos
Cobertura de água encanada, esgoto e coleta de lixo, respectivamente na área urbana ¹⁹ (2010)	100%; 100%; 100%	98%; 99%; 100%
Mortalidade infantil (2019) ¹⁷	13/1000 nascidos vivos	11/1000 nascidos vivos
Taxa de internações por condições sensíveis a APS (2017) ¹⁸	17,14	17,07
1ª causa de internação pelo CID10 (2019) ¹⁹	GPP - 16% (complicações da gravidez e parto - 46%)	GPP - 18% (parto único espontâneo - 41%)
2ª causa de internação pelo CID 10 (2019) ¹⁹	Doenças do AD - 13%	Doenças do AD - 11%
3ª causa de internação pelo CID 10 (2019) ¹⁹	Doenças do ACV - 9%	Doenças do ACV - 11%

GPP (gravidez, parto e puerpério); AD (aparelho digestivo); ACV (aparelho cardiovascular)

Fonte: organizado pelos autores a partir dos dados secundários^{4,17-19}

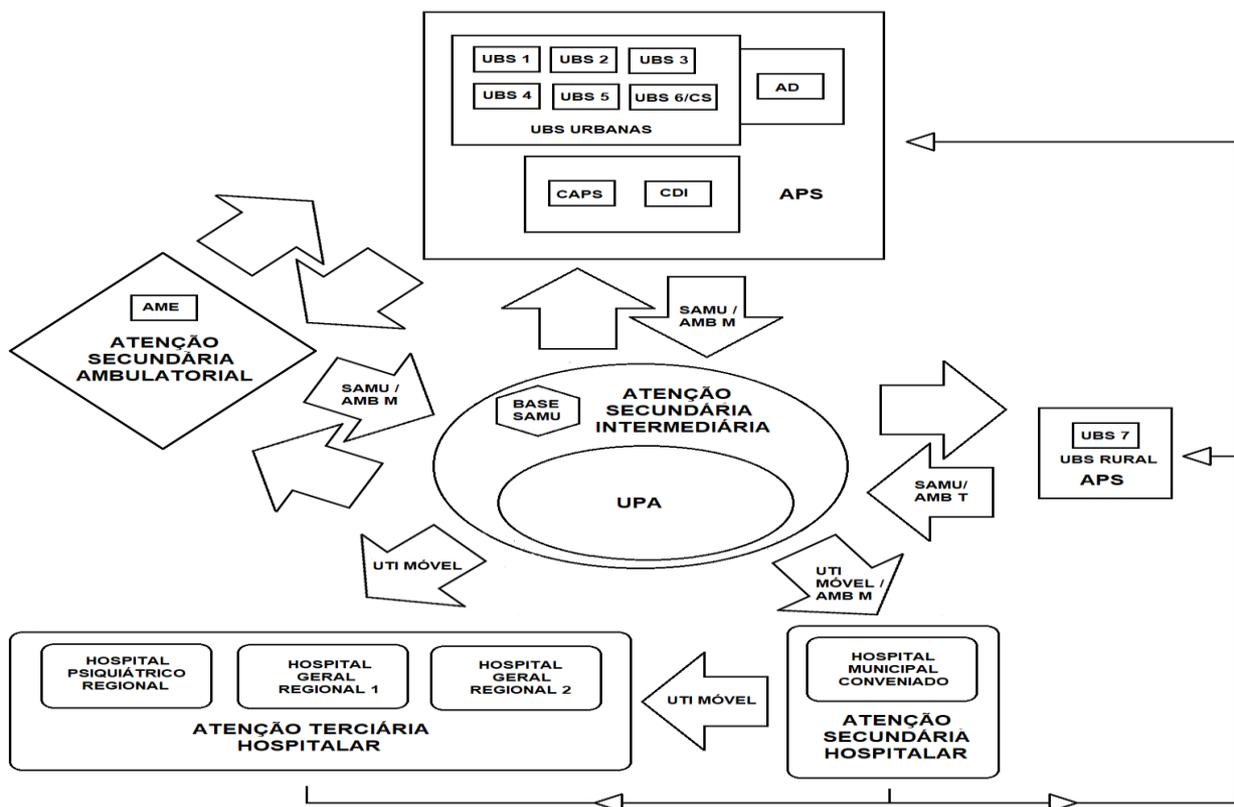
Os usuários com intercorrências que configuram U/E nas unidades de saúde do município e na atenção domiciliária são transportados pelo SAMU, por meio de regulação realizada pela central 192 ou pela ambulância de SBV municipal, denominada algumas vezes pelos entrevistados de “ambulância branca”. O SAMU atende a todas as unidades de saúde do município, inclusive a rural, o que não ocorre com a ambulância de SBV municipal, que não atende à UBS rural. O fluxo de pacientes da UPA para os hospitais regionais é realizado através de UTI móvel. Já o fluxo da UPA para o hospital municipal conveniado é feito através de ambulância de SBV ou da UTI móvel, a depender do suporte de que o paciente necessite.

A referência hospitalar é regionalizada através de dois hospitais regionais e um hospital municipal conveniado, com esse último atendendo os usuários do município e do distrito. As ações prestadas pelo hospital conveniado são: atendimento das intercorrências obstétricas; internações para tratamento clínico e cirúrgico obstétrico, incluindo a atenção ao parto e ao puerpério; retaguarda para atendimento dos pacientes da UPA municipal nas especialidades

ortopedia, cirurgia geral, anestesia, pediatria e clínica médica para intercorrências classificadas como de baixa ou média complexidade. Não há atendimento de pacientes com COVID19 no hospital conveniado durante a pandemia, ficando essa tarefa para a UPA municipal nos casos graves e para um Centro de Síndromes Respiratórias Agudas, nos casos leves a moderados. As gestantes do município possuem porta aberta para intercorrências obstétricas no hospital conveniado, com as outras especialidades tendo um fluxo estabelecido através de regulação por correio eletrônico pela UPA.

A transferência dos pacientes da UPA para os hospitais regionais e para o hospital conveniado é feita pela prefeitura municipal. O tipo de veículo usado depende da gravidade do caso e do suporte de que o paciente necessita. No hospital conveniado, não há protocolo de alta hospitalar, que ocorre em casos pontuais. A estrutura da RAUE local, com seu fluxo e contrafluxo, pode ser verificada na Figura 1.

Figura 1 – A Estrutura de atenção às situações de urgência e emergência do município estudado e seu fluxo e contrafluxo



Fonte: elaborada pelos autores, 2020

Composição das equipes

A tabela 2 mostra a quantidade e a diversidade de profissionais em cada grupo estudado, se UBS urbana periférica, rural ou central. A tabela 3 mostra o perfil dos profissionais que prestam assistência.

Na UBS rural, uma ambulância apenas de transporte, sem materiais, está sempre disponível na unidade, com revezamento de motoristas devido à distância de 90 km, por estrada asfaltada, entre essa unidade e a UPA. O transporte de pacientes dessa UBS dura cerca de 1 hora, diferentemente do que ocorre nas UBS urbanas, que distam, em média, apenas 2,4 km da UPA.

Tabela 2 – Composição multiprofissional das UBS por localização

Categoria	UBS urbanas periféricas* (n)	UBS rural (n)	UBS central (n)
Número de equipes de ESFC	1 ou 2	1	2
Profissionais de cada equipe de ESF			
Médico (PF)	1	-	2
Enfermeiro (PF)	1	2	4
TAE (PF)	6	-	15
Auxiliar de saúde bucal (PF)	1	-	
ACS (PF)	7	2	5
Outros profissionais			
Cirurgião dentista de ESFC (PF e PV)	3	2	2
Clínico geral (PF e PV)	3	2	2
Pediatra (PV)	1	1	1
Ginecologista (PV)	1	-	1
Fisioterapeuta (PF)	2	-	2
Trabalhadores de serviço de apoio (escriturário, servente, motorista de ambulância, assessores e afins)	8	13	56

* Média do número de profissionais das 5 UBS urbanas periféricas. PF: Profissional fixo. PV: profissional volante

Fonte: elaborada pelos autores⁴, 2020

Apesar da existência de outros profissionais, a responsabilidade pelo atendimento de intercorrências que configuram U/E recai sobre as equipes das ESFC, em função de sua maior carga horária de trabalho em relação a outros profissionais da assistência (que são volantes ou têm carga horária muito limitada) e do maior vínculo e confiança dos usuários. Entretanto, a falta de médicos, de enfermeiros e de ACS em algumas equipes dificulta o atendimento adequado às U/E.

Estudo de Costa *et al.*²⁰ afirma que um aspecto relevante nos serviços de saúde em áreas rurais é a dificuldade de permanência dos profissionais de saúde nas unidades. Assim, há uma troca frequente dos profissionais de ESFC, principalmente do médico, o que acaba prejudicando o aspecto longitudinal do cuidado e o vínculo com a clientela, tal como observado no presente estudo.

Tabela 3 – Perfil dos profissionais que prestam assistência

Categoria	n (%) ou tempo em anos
Sexo	
Masculino	4 (18%)
Feminino	23 (82%)
Média de idade	47 anos
Média de tempo de trabalho	9 anos
Residência ou aprimoramento em ESFC	-
Especialização em ESFC concluída	3 (10%)
Especialização em ESFC em andamento	3 (10%)
Pós-graduação em U/E concluída	2 (7%)
Pós-graduação em U/E em andamento	1 (4%)
Médicos da ESFC com outra especialidade	2 (75%)*

* pneumologista e cirurgião geral

Fonte: elaborada pelos autores, 2020

Durante esta pesquisa, três unidades estavam com um enfermeiro trabalhando em duas equipes de ESFC e faltava médico da ESFC na unidade rural. Por estar a ESFC rural distante da UPA, há um maior prejuízo nessa unidade quando há falta de recursos humanos para atendimento das situações de U/E. Além disso, os profissionais estão alocados de forma heterogênea entre as UBS, com nenhum TAE na ESFC rural e 15 na ESFC central. Diversos entrevistados enfatizam a carência de profissionais, com a unidade rural tendo que se readequar, na tentativa de sanar as deficiências.

“Por isso que o enfermeiro tem que avaliar [a demanda espontânea], porque o enfermeiro que vai conseguir [identificar situações de risco]. Só que daí o nosso caso [...] nós não temos o enfermeiro no período da tarde”. (Gerente UBS 6)

“[Aqui na ESF rural] nós trabalhamos em dois enfermeiros, eu no caso sou o enfermeiro do PSF e tem o outro que é o enfermeiro da UBS. E como a gente não tem auxiliar, a gente trabalha os dois no mesmo horário, então a gente conta apenas um com o outro”. (Enfermeiro UBS 5)

“Aqui está faltando médico porque o médico da família está para voltar [de licença] e o médico do Mais Médicos que atendeu no Centro do COVID está doente de novo [...]. Está um pouco desfalcado. A gente sente falta de ter um médico [...], às vezes, à tarde aqui com a gente”. (TAE 1 UBS 4)

A carência de recursos humanos em unidades de ESFC também é apontada por outros estudos, como o trabalho de Lopes e Marcon, que assinalaram que, nos serviços analisados, “[...] a maioria das equipes [de UBS] encontrava-se incompleta, faltando, principalmente, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde”²¹.

Experiência e formação dos profissionais para atenção às urgências e emergências

Muitos entrevistados afirmam que houve treinamento em U/E há muito tempo, o que mostra que existe uma necessidade de aprimoramento das equipes. A média de tempo desde a última capacitação é de oito anos. Diversos estudos assinalam a carência de formação em U/E dos profissionais da APS, tal como a pesquisa de Oliveira *et al.*, que afirma que os treinamentos oferecidos pelos gestores municipais não são direcionados para questões de U/E, pois estão mais voltados para prevenção, proteção e promoção da saúde²². No presente trabalho, diferentes circunstâncias demonstram, segundo os entrevistados, a necessidade de capacitação e educação permanente em U/E para profissionais de APS.

“No meu caso, é a falta de experiência que eu acho uma dificuldade porque não é o que eu vivo [no] dia a dia. Então, como as coisas evoluem e mudam muito, [...] eu tenho medo que, na urgência e emergência, praticamente não saber o que fazer. Porque não vivo isso, não sei, nunca trabalhei no hospital e não tenho experiência nenhuma. Então acho que se torna uma barreira. O medo é bom, mas ele barra muito a gente”. (TAE 2 UBS 6)

“Eu acho que poderia ter um treinamento pra gente que não está acostumado, [...], às vezes eu fico sem saber qual atitude, não que a gente não saiba, mas às vezes por falta de contato [...]”. (TAE 1 UBS 5)

“Você não tem o pessoal, não é preparado, porque é outro perfil. O funcionário, no qual me incluo, ele tem que ter perfil. Se ele tem perfil de posto, ele não vai ter perfil de emergência porque são decisões rápidas, o perfil de posto é perfil mais agregativo, de mais diálogo com o paciente. E emergência é um perfil mais intervencionista. O posto (...) não é preparado, desde o enfermeiro até colegas médicos, o pessoal não é preparado porque o posto não é montado pra isso. Aqui até se você colocar um carrinho de parada assusta, que seria obrigatório ter até aqui um carrinho de parada”. (Médico 2 UBS 6)

A carência de materiais para urgência/ emergência

É claro e unânime nas falas dos entrevistados, principalmente das unidades urbanas, que há importantes carências na questão estrutural, com grande número de necessidades. A falta de medicamentos, materiais e insumos é capital para uma resposta inicial de qualidade na atenção às U/E que chegam em demanda espontânea na ESFC. E essa falta tem impacto significativo na atuação dos profissionais, com perda de resolutividade e, principalmente, com cuidados

iniciais em U/E rudimentares, referindo para UPA usuários com o mínimo de intervenção. Essa carência estrutural, verificada nos relatos a seguir, também foi apontada em outros estudos sobre U/E na ESFC.^{10,11,14,22-25}

“[...] eu chamei o médico de família e ela constatou mesmo que era um início de infarto. E nós fizemos o atendimento dele na calçada. [...] na verdade, [...] não fizemos um atendimento, nós ficamos ali com ele, não tinha muito que fazer na época, nem oxímetro eu tinha aqui. Então a gente vê mais pelo sinais dele mesmo, a parte clínica”. (Enfermeiro UBS 3)

“Material e equipamento nada. A gente tinha um ambu, mas esse ambu já ficou velho, e não está adequado para dar atendimento. Medicamento nenhum. Para falar assim, para atender realmente urgência e emergência aqui não (é possível), porque, como eu falei, a gente não tem uma caixa de urgência e emergência”. (Enfermeiro UBS 5)

“É que nós não temos nada na UBS. Teria que ter um desfibrilador, um DEA, uma prancha rígida. Teria que ter sim um carrinho de emergência, nem que fosse o básico, mas a gente não tem. Aspirador que é de uma doação [...]. Não tem uma maca. Se o paciente tem uma parada vai transportar como? As dificuldades são essas: não tem estrutura e não tem material”. (Enfermeiro 2 UBS1)

“O SAMU não tinha condição de encontrar com a gente e aí eu consegui levar até a UPA. Ele chegou lá bem, já tinha melhorado, mas [...] se ele não tivesse recebido a medicação aqui [na ESFC rural], [...] ele teria falecido [por isso a importância das medicações], porque na UPA ele parou três vezes”. (Enfermeiro UBS 4)

Há outros relatos que mostram uma inadequada organização para atendimento dos casos de U/E, uma vez que existem dúvidas sobre a existência ou não de determinado equipamento na unidade utilizado para essas situações, conforme os relatos a seguir:

“Diz a lenda que tem um ambu, mas onde está eu não sei. E ,se tiver, é só o ambu, mais nada e ninguém sabe onde está realmente”. (Médico 2 UBS 3)

“Eu acho que [uma dificuldade] é não saber quais equipamentos que têm na unidade disponível. Eu sei que tem um balão e máscara, mas não sei onde está [...] e nem sei se funciona”. (Médico 1 UBS 6)

Cassinelli *et al.*, em pesquisa com 13 UBS em município do interior paulista, descobriram que 53,8% dos equipamentos estavam dispostos em lugares que apresentavam algum obstáculo ao acesso²⁶.

O processo de trabalho na atenção a situações de urgência e emergência

Acesso às unidades de Estratégia de Saúde da Família e Comunidade

As unidades de ESFC utilizam o modelo tradicional de marcação de consultas, que reserva a maioria das vagas para consultas agendadas e uma parcela menor para demanda espontânea. É provável que, nas situações de U/E, muitos usuários procurem diretamente a UPA, especialmente em situações reconhecidas como de emergência, mas, algumas vezes, também por condições que poderiam ser atendidas pela ESFC.

“O povo aqui, eu não sei lá no seu PSF, mas aqui eles procuram bastante a UPA. Eles já vão direto lá na UPA, mesmo com caso assim que seja de posto, eles vão para lá”. (TAE 2 UBS 5)

A pesquisa de Konder e O’Dwyer¹² mostra que a procura da UPA para a solução de problemas considerados de natureza ambulatorial geralmente advém de uma baixa cobertura da APS, o que não ocorre no município estudado. Entretanto, pode ser que a demanda atendida diretamente pela UPA seja oriunda de uma insuficiência da APS em atender à demanda espontânea e/ou das barreiras de acesso à atenção secundária ambulatorial ou, ainda, de ambas.

Atualmente, com a pandemia de COVID19, uma nova barreira dificultando o acesso a um atendimento da ESFC, inclusive em situação de U/E, é a triagem de porta dos sintomáticos respiratórios, que nem sempre é realizada por um TAE ou enfermeiro, e sim, muitas vezes, por um profissional de apoio administrativo, com menor discernimento nas questões de saúde.

“[...] aquela triagem que está na portaria, todo mundo está falando: – Procura a UPA! Não está tendo uma triagem adequada. Eu não sei qual é a qualificação das pessoas que estão fazendo a triagem. É triagem inadequada. Eu não sei se é administrativo, eu não sei quem está na porta, se é da limpeza, se é copeiro [...]”. (Enfermeiro UPA)

Segundo as reflexões de Soares e Fonseca sobre a APS na pandemia de COVID19, a equipe de ESFC deve ser capaz de se adaptar para receber um usuário suspeito de COVID19 sem pôr em risco o restante da comunidade, com essas adaptações podendo incluir a construção de tendas externas para atendimento de sintomáticos ou estabelecimento de outra porta de entrada para possíveis casos da doença, e, inclusive, se responsabilizando pela coleta de material de testagem, sem eximir-se de seu importante papel de melhorar a saúde da família e da comunidade²⁷. Contudo, no período da pesquisa de campo no município estudado durante o início da pandemia, o serviço acabava sendo centralizado.

“E você vê que os sintomas já não são mais daqui [da ESFC] e você encaminha para a UPA ou agora para o cento do COVID. E a gente já faz a triagem ali na porta. [...] porque a gente não está tendo agendamento, [...] e, conforme os pacientes chegam, a gente vai triando até para prevenção dos próprios funcionários da unidade”. (Enfermeiro UBS 6)

Por outro lado, há relatos que mostram que o acesso na ESFC é menos dificultado que em outros serviços da RAUE municipal, provavelmente porque o cuidado longitudinal leva à construção de um vínculo mais sólido entre a equipe de ESFC e o usuário. Além disso, a localização da ESFC dentro da comunidade também facilita o acesso, principalmente daqueles que moram nas redondezas.

“[...] ele estava em crise e, em vez dele voltar para o CAPS, ele veio para cá, porque no CAPS ele não chegou até o médico. Então, aqui [na ESFC] ele sabia que ia chegar até mim”. (Médico 2 UBS 2)

“Eu acho que pelo fato do posto ser na vila, que é perto das casas das pessoas. A pessoa pode vir até aqui a pé, não precisa de transporte para vir até o posto. Então a maioria das pessoas vai a pé porque moram muito perto”. (TAE UBS 7)

Estudo de Pires *et al.* corrobora o relato do TAE acima, pois, nesse trabalho, apurou-se que a maioria dos entrevistados procura o serviço que é mais próximo de sua residência, seja ele ESFC (64,4 %) ou UBS (64,5), independentemente do propósito principal do serviço²⁸.

O acolhimento da demanda espontânea

Segundo a PNAB, é atribuição do profissional de enfermagem da ESFC acolher a demanda espontânea, realizar uma primeira avaliação para a estratificação do risco e estabelecer prioridades, de modo a identificar os casos que configurem U/E, para então definir a conduta adequada, que, muitas vezes, acaba sendo levar o caso ao conhecimento do médico¹.

Nas ESFC do município estudado, nas unidades com mais de uma equipe, o acolhimento é feito preferencialmente pela equipe de referência do usuário, com alguma contribuição de uma equipe com a outra, pois muitas estão com a equipe mínima desfalcada e também não contam com a presença regular de outros profissionais de apoio, como clínicos, pediatras e ginecologistas. O profissional que realiza o acolhimento com classificação de risco e presta a assistência é o enfermeiro, mas, em muitas unidades, na ausência do enfermeiro, é o TAE que orienta condutas. Apesar da PNAB prever que o enfermeiro possa delegar determinadas atividades ao TAE, a estratificação de risco na mesma portaria é uma atribuição apenas do enfermeiro¹. Entretanto, a carência de enfermeiros nas unidades estudadas acaba por transferir para os TAE o acolhimento da demanda espontânea, o que dificulta a identificação, com a abordagem correta, de situações de U/E.

“Se o paciente chega no fichário, ele manda direto para mim. Agora se eles chegam lá na pré-consulta, [...] os enfermeiros fazem aferição de sinais vitais e, às vezes, eles fazem uma orientação [...] ou então se eles veem que tem alguma alteração de sinais vitais, aí eles mandam para mim também e eu avalio. Pode acontecer de não ter um enfermeiro na unidade, aí os técnicos conseguem também encaminhar. Eles chamam ambulância ou chamam o médico. Se não tiver o médico, elas chamam a ambulância. Algum jeito eles dão”. (Enfermeiro 1 UBS 1)

“[...] se ele passar ali na pré-consulta e for assumido ali com atenção, já pode ser detectado alguma coisa e passar para o médico. Então tudo chega na pré-consulta, todos os pacientes. Se o paciente vai para ver a pressão, [...] vai ali com a gente, se ele vai consultar, é ali com a gente também na pré, e se é uma informação, alguma coisa de exame, é tudo ali também. Se o paciente [...] está na recepção e tem um mal-estar, a gente coloca ele já ali na sala do lado, que é [...] de curativo, que tem a maca”. (TAE 2 UBS 3)

Estudo de Oliveira e Trindade, sugere uma sistematização de assistência de enfermagem no atendimento aos usuários e a instituição de um protocolo de acolhimento com classificação de risco, apontando os seguintes ganhos: diminuição da morbimortalidade; priorização pelo grau de complexidade; obrigatoriedade de encaminhamento responsável; e detecção dos casos que poderiam se agravar com a postergação do atendimento²⁹. Entretanto, esse protocolo deve atender às especificidades da APS.

Alguns dos entrevistados, principalmente médicos, identificaram lacunas no acolhimento da demanda espontânea realizado pela equipe de enfermagem em relação à identificação de condições de risco, ora afirmando que é ausente ora que é ineficiente, sendo organizado às vezes por ordem de chegada e não por prioridade no atendimento a queixas que podem configurar uma condição de risco. Mas existem relatos que indicam a identificação de casos suspeitos, ainda que seja feito sem uso de protocolos. O acolhimento da demanda espontânea apenas por mecanismos de “encaixe” ainda é predominante, constituindo uma barreira de acesso.

“Não possui [acolhimento]. Mas a enfermagem tem que saber fazer também porque muitas vezes os enfermeiros não estão acostumados.” (Médico UBS 1)

“Olha não é feito aqui o acolhimento. Geralmente o paciente é para encaixe se teve alguma desistência [...] é por ordem de chegada. Então o paciente que chegou primeiro e sobrou desistência ele vai ser atendido”. (Enfermeiro UBS 6)

“Quando chega alguém ou, às vezes, tem algum paciente ali na recepção que está passando mal, [...] a primeira coisa eles vêm me comunicar [...]. Eu vou, avalio o paciente ali mesmo e, dependendo do caso, se eu ver que é um caso que a pessoa realmente precise de um atendimento, [...] chamo o médico [...] para ela estar avaliando. E aí a gente já liga para ambulância para vir buscar [...]”. (Enfermeiro UBS 3)

Outro problema constatado é que, em algumas unidades, existe uma avaliação da necessidade de atendimento da demanda espontânea por recepcionistas, que não possuem treinamento para abordagem de situações de U/E, cumprindo um papel que é da enfermagem. Esse processo é feito com a anuência ou interferência do gerente da unidade na escolha daqueles que devem ser atendidos, sendo esse cargo ocupado, em seis das sete unidades, por pessoas sem formação na área de saúde.

“Eu acho que [o acolhimento] também é falho. Chegou aqui, muitas vezes vai ao fichário, lá em cima, para saber se tem uma vaga. Então muitas vezes passa despercebida essa urgência, nessa demanda espontânea. A recepção não sabe, não é preparada para saber o que é urgência. Depois passa para pré-consulta que fica o pessoal da enfermagem”. (Enfermeiro UBS 2)

“A triagem começa lá na recepção, pela recepcionista. O certo seria passar na enfermagem para fazer a triagem, mas a enfermagem aqui não faz essa triagem. Quem faz é a recepcionista é ela que define se é urgência, [...] se vai passar no médico, se tem vaga ou não tem”. (Médico 1 UBS 2)

“A triagem faz com os técnicos e, às vezes, nem fez a triagem, e pergunta para o coordenador que passa para mim do jeito dele: - Doutor tem como atender fulano? É tudo política, porque nem entende de saúde. E aí eu acabo abraçando, mas às vezes não é o que fala, não precisava passar na hora, poderia passar outro dia”. (Médico 2 UBS 3)

Trabalho de Souza *et al.*³⁰ sobre acesso e acolhimento na APS apurou que o acolhimento era restrito à recepção do usuário, inclusive para triagem, apesar de que, na verdade, essa tarefa de classificação de risco deveria ser executada pela enfermeira.

A responsabilização das equipes no atendimento de situações de urgência e emergência

Os participantes, em sua maioria (77%), concordam que o papel da ESFC na RAUE está principalmente concentrado na temática do processo de trabalho, sendo a ESFC, no entendimento de muitos, a responsável pelo primeiro atendimento básico e de avaliação do usuário, podendo haver, em urgências menores, uma observação do caso nas dependências da ESFC ou, em urgências maiores e emergências, uma transferência do usuário, em ambulância, para outro nível de atenção, conforme os relatos a seguir:

“Então aqui ela tem um primeiro atendimento e se acontecer [...] algum agravo é solicitado o SAMU e é transferido para nossa UPA”. (Gerente UBS 2)

“[...] eu e o técnico de enfermagem [...] fizemos massagem e respiração boca-a-boca e foi onde consegui fazer a criança viver. Porque a criança estava praticamente morta”. (Enfermeiro 2 UBS 1)

“[...] ele chegou já com visão turva, desfalecendo e na ocasião tinha o médico, foram dados os primeiros socorros, hidratou, foi feito hidrocortisona, ele deu uma estabilizada. Eu que acompanhei ele [...] e não veio a óbito”. (Enfermeiro UBS 4)

“Esse é o papel do médico, avaliar a gravidade. Se você tem condição de tratar aquele paciente dentro da unidade ou não”. (Médico UBS1)

Para manter a longitudinalidade do cuidado, é imprescindível que os profissionais da ESFC saibam o desfecho do paciente que foi referenciado para outro nível de atenção, que, nas situações de U/E no município estudado, é a UPA. Isso permite que as medidas tomadas na UPA possam ser consideradas no seguimento do tratamento na ESFC, uma vez superado o quadro agudo. O conhecimento da equipe de ESFC acerca dessas informações é importante para um cuidado continuado e para a responsabilização das equipes de ESFC com sua clientela. As falas a seguir mostram que existem algumas estratégias para obtenção desses dados, mas nem sempre isso ocorre, uma vez que não existem mecanismos definidos de contrarreferência.

“A gente que fica atrás. Eu fico com nome, endereço, telefone e prontuário do paciente na minha sala e eu ligo para lá para saber ou, às vezes, o próprio familiar do paciente que me retorna, sabe que eu vou cobrar retorno. Então é habitual fazer busca ativa para mim”. (Enfermeiro 3 UBS 1)

“Como a gente faz a ficha de atendimento de qualquer paciente que passa, então tem os dados. E o enfermeiro entra em contato com a família para saber o desfecho e, [se] não conseguiu contato por telefone, o agente vai até a casa”. (Enfermeiro 2 UBS 1)

“Às vezes, quando o paciente volta para fazer o acompanhamento, ele conta o que aconteceu. É o acaso”. (Médico UBS 1)

A resolutividade é uma questão fundamental na ESFC. Todavia, em situações de urgência de maior gravidade e, principalmente, de emergência, num serviço com carência estrutural, tanto de equipamento, quanto de capacitação, como afirmado pelos entrevistados, há prejuízo nessa questão. Assim, haverá uma natural divergência de opiniões entre os serviços que referem e aqueles que recebem o usuário nessas condições. Dentro desse contexto, a falta de resolutividade da ESFC é relatada por alguns profissionais, tanto do transporte conveniado

quanto da UPA, mas, às vezes, há ressalvas no enfrentamento das situações de U/E devido à falta de estrutura da APS.

“Algumas situações, algumas pessoas da UPA reclamavam que sim, que o problema poderia ter sido resolvido na UBS, mas nenhum paciente era dispensado, [...] porque as unidades de saúde não dispunham de cuidados específicos, como medicação, como uma UPA”. (Enfermeiro AMB)

“Na realidade, pelo que eu vejo, a resolutividade é baixa, muito baixa. Não tem indicação de estar na UPA a grande maioria. Das U/E que são mandadas da AB [...] a maioria não são, pode ser resolvido tudo ambulatorial. Isso aqui pegando fogo, eles mandam esse paciente para cá. A ESFC tem que ser mais resolutiva, porque aqui a maioria dos nossos atendimentos é padrão básico. A ESF deve aumentar a resolutividade para o serviço encaixar, rodar bem certinho, senão nunca vai encaixar, nem nesse COVID, nem no H1N1, muito menos na dengue”. (Enfermeiro UPA)

Em estudo de Farias *et al.* sobre a resolutividade das urgências na ESFC, houve a percepção de que a referência era a única forma de atenção e de que a APS não é responsável pela assistência em situação de emergência¹¹. Já a pesquisa de Pires *et al.* mostra que 57,4% dos usuários que chegam à UPA por demanda espontânea apresentam afecções leves, 21,8%, de moderadas a graves, e 17%,8%, de alto risco²⁸.

Por outro lado, os profissionais da ESFC entendem que devem encaminhar para UPA somente os casos necessários, de modo a aumentar a resolutividade da APS e diminuir a demanda na UPA.

“[...] primeiro a gente tem que resolver aqui no PSF e, em último caso, encaminhar para a UPA. Porque tem coisas que dão para ver aqui e só emergência mesmo, que não tem como”. (TAE 2 UBS 1)

“[...] você vê que não é uma coisa de urgência, dá para você medicar aqui. São situações que de repente dá para você resolver aqui e [...] acaba desafogando a UPA”. (Médico UBS 7)

Estudo de Soares, Lima e Castro questionou os gestores de UBS sobre as estratégias adotadas para ampliar a resolutividade da APS, com destaque para a padronização das ações e serviços oferecidos pelas unidades, a adequação do espaço físico, a aquisição de materiais, a capacitação profissional e a melhor articulação da APS com os demais níveis de atenção à saúde, todas com repercussão no atendimento de situações de U/E³¹.

Articulação com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A pactuação da ESFC com a UPA deve contribuir para que pessoas em condição de urgências menores venham procurar atendimento na ESFC, para que, desse modo, não haja na UPA uma sobrecarga de situações que não se configurem como urgências maiores e emergências. Não menos importante é articulação da ESFC com os hospitais de referência locais. Assim, da mesma maneira que um paciente com quadro agudizado que recebe os primeiros cuidados na ESFC e necessita ser remanejado para UPA deverá ter uma continuidade

nos cuidados ofertados, um paciente que recebe alta do serviço hospitalar precisará, em momento oportuno, retornar à ESFC para ter o acompanhamento de suas condições de saúde de base, inclusive, a fim de prevenir novas situações de U/E. Tudo isso é possível de ser alcançado com uma governança adequada dos gestores e uma responsabilização maior das ESFC em assumir o protagonismo da coordenação do cuidado.

Processos de transferência e regulação de casos de urgência e emergência

No processo de regulação das situações de U/E na ESFC do município estudado, existem duas formas de se fazer a remoção do usuário: solicitar por telefone a ambulância municipal de SBV, que fica alojada na UPA; ou, por meio de ligação para o 192, acionar o SAMU. Nesse último caso, é feita a regulação no município vizinho de maior porte através da CRMU, embora, no município estudado, exista uma base do SAMU, com uma unidade de suporte básico habilitada.

Nas situações de urgência de menor gravidade, os profissionais têm optado pelo transporte dos usuários em ambulância municipal de SBV, sem a necessidade de regulação, resguardando o SAMU para situações de emergência. Entretanto, quando possível, os pacientes se deslocam até a UPA por meios próprios. Na maioria das vezes, o encaminhamento das ESFC para a UPA é documentado por escrito em formulário próprio, comumente entregue ao próprio doente ou a um familiar, mas as formas de compartilhamento de informações na remoção podem ser variadas, ocorrendo, algumas vezes, entraves na comunicação.

“Eu faço por escrito e, se tiver algum exame, já anexo. [...] ele vai já com os exames ou os pedidos, a hipótese diagnóstica e o que aconteceu aqui né, uma historinha, sobre o que aconteceu, os sintomas, as medicações que toma”. (Médico 1 UBS 3)

“[...] eu ligo lá para UPA e converso direto com o enfermeiro que está responsável pelo plantão. Aí eu passo todo o caso do paciente [...] tudo certinho o que aconteceu. Aí, quando o paciente chega lá, eles já estão cientes do caso”. (Enfermeiro UBS 6)

“Eu não faço nada por escrito. Se for ambulância eu passo o caso verbal”. (TAE 1 UBS 3)

“[...] existe a unidade básica que liga dando a informação, existe unidade básica que não entra em contato para passagem, tipo de enfermeiro para enfermeiro o que já fez de procedimento. O paciente simplesmente [...] dá a informação. Existe uma falha de comunicação e, no meu ponto de ver, em uma cidade pequena a gente conseguiria fazer isso. Não são todos os casos [...]”. (Gerente UPA)

Desse modo, a realização ou não de referência por escrito dos profissionais da ESFC para UPA varia conforme o profissional, não sendo muitas vezes realizado, principalmente quando o encaminhamento é feito pela equipe de enfermagem. Assim, as informações são transmitidas muitas vezes de forma verbal para o TAE da ambulância, o que pode resultar na perda de informações valiosas. Isso poderia ser superado com a integração do prontuário eletrônico entre ESFC e UPA.

Além disso, pode-se observar que os fluxos formais para referenciar pacientes da APS para as UPA acabam sendo flexibilizados, o que pode causar ruídos de comunicação e dificuldades para um adequado acolhimento na UPA de pacientes atendidos na APS. Nesse sentido, estudo de Konder²³ identificou que o paciente referenciado pela ESFC percorre o mesmo caminho de todos os pacientes na UPA, ou seja, as informações advindas da APS não são totalmente validadas pela equipe da UPA.

Já um estudo de Ortega *et al.* encontrou uma maior eficiência na documentação da referência realizada da APS para instâncias mais complexas da RAS do que em relação à contrarreferência feita por esses níveis de atenção para a ESFC³². Como proposta de melhoria dessa articulação, a pesquisa de Hernandez afirma que devem ser criados espaços de negociação que visem a objetivos comuns e possibilitem a pactuação de metas, a resolução mediada de conflitos e uma maior integração de componentes da RAS, com o esclarecimento das posições de cada um de seus atores, com suas respectivas responsabilidades³³.

Desafios para que a Estratégia de Saúde da Família se constitua como ponto da Rede

A APS tradicionalmente prioriza o atendimento a consultas agendadas de pacientes com seguimentos programáticos, incluindo morbidades crônicas e programas preventivos, ao lado de ações de educação e promoção da saúde. Apesar da recomendação em se implantar estratégias de acolhimento de toda a demanda, muitas ESFC ainda entendem o espaço para atendimento da demanda espontânea como sendo parte da rotina da unidade. Embora atualmente esse espaço tenha ganhado maior legitimidade, as unidades ainda não são amplamente reconhecidas como pontos da RAUE por outros serviços, como a UPA e hospitais de referência, pelos gestores e, até mesmo, pela própria equipe de ESFC. A falta de reconhecimento repercute no despreparo dos profissionais para o atendimento das situações de U/E e na falta de medicamentos, materiais e insumos adequados.

Nesse sentido, em algumas entrevistas, pode-se constatar o não reconhecimento da ESFC como um local de atendimento de situações de U/E, mas sim como um serviço responsável por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, ou seja, entende-se que o enfrentamento de eventos agudos não faz parte do rol de atribuições da equipe de ESFC, justificando, inclusive, a ausência de material de U/E, que se deveria ao fato da ESFC ser uma unidade de APS.

“Existe uma visão dos profissionais [...] técnicos formados na área de saúde, médicos até, enfermeiros, técnicos que urgência não é aqui [na ESFC]”. (Gerente UBS 2)

“O PSF, na verdade, ele não é para urgência e emergências, né? Ele é para uma prevenção, mas vendo aqui [...] na ESFC rural, como a gente está tão longe, a gente até acaba fazendo alguma coisa”. (Enfermeiro UBS 4)

“Eu, em minha opinião, eu acho que a PSF é para promover a saúde, para prevenir as doenças mesmo, não [para] atender caso de urgência”. (ACS assistente do gerente UBS 6)

Esses relatos são similares aos que foram encontrados nos estudos de Hermida¹⁴ e de Oliveira *et al.*,²² que apontam a existência de profissionais da APS que não reconhecem sua responsabilidade no atendimento a situações de U/E.

Do mesmo modo, há também uma falta de reconhecimento dos profissionais da UPA em relação à ESFC como ponto da RAUE, uma vez que foram relatadas situações de urgência que foram atendidas pela ESFC e encaminhados para a UPA, mas que foram devolvidos para ESFC e tiveram que ser reencaminhados para a UPA, gerando um conflito entre as condutas dos profissionais de ambos os serviços. Além disso, a falta de reconhecimento da UPA como retaguarda de exames complementares para ESFC diminui a resolutividade desta em urgências de menor gravidade.

“[...] é uma filosofia que posto é posto, de atendimento primário, básico, sem [...] urgência, zero de emergência. Qualquer coisa que seja fora do básico, do dia a dia, no posto, não existe” (Médico 2 UBS 6).

“[...] Teve um caso que era uma coledocolitíase [...]. Eu mandei e deram alta. Aí voltou pra mim e eu falei: - Não, esse volta para UPA. E deram alta, dois profissionais. Aí [...] a paciente procurou um gastro famoso da cidade e pagou uma consulta, que ligou lá e deu um safanão em todo mundo e voltou para UPA e internou”. (Médico 2 UBS 6)

“[...] daí manda com essa cartinha para a UPA e chega lá eles ignoram esse procedimento do médico e manda o paciente de volta [...]. E aí fica meio complicado porque existe [...] esse conflito entre médico de unidade básica com a UPA [...]”. (TAE 1 UBS 1)

“[...] o correto seria ter uma retaguarda de laboratório. Aí ela voltaria para unidade básica e seguiria o atendimento. [...] a unidade básica não tem essa retaguarda. Aí suspeitou de uma apendicite, tem que mandar para cá para colher hemograma, um possível ultrassom. Precisa de mais exames específicos”. (Gerente UPA)

Konder e O'Dwyer, em seu estudo sobre a integração das UPA com a APS, afirmam que o suporte para exames complementares exercido pela UPA não é adequadamente e previamente determinado, pois não existem protocolos instituídos. Algumas vezes, os próprios profissionais da UPA entendem que essa função não pertence ao seu escopo de atuação¹².

Adicionalmente, há alguns relatos coletados que mostram uma inação dos gestores para suprir as carências no atendimento de U/E na ESFC, como se esse local estivesse livre de se defrontar com esse tipo de ocorrência.

“Uma vez, eu e mais dois médicos da prefeitura, a gente fez uma lista do que precisava, desde aparelhos até as drogas [para atendimento de U/E]. Mas nunca veio”. (Médico UBS 5)

Nesse contexto, uma pesquisa de Nagai, que estudou os critérios para a APS acionar o SAMU, encontrou, entre as justificativas, o grau de gravidade da situação, como risco de morte e urgências médicas ou a necessidade de uma assistência tecnológica mais complexa, ausente na APS. Os gestores justificam essa ausência por serem pouco utilizados na APS os

equipamentos apropriados para tais situações. Assim, a prioridade é aloca-los nos serviços especializados²⁴.

Há também relatos que indicam a falta de reconhecimento pela UPA e pelos hospitais de referência da ESFC como ponto de cuidado longitudinal, uma vez que não realizam CR. Fratini, Saupe e Massaroli³⁴ apontam a importância da CR em estudo de “altas especiais” de pacientes hospitalares, destacando que 51% dos pacientes necessitavam de acompanhamento com equipe de saúde, o que mostra a importância da longitudinalidade e a necessidade da parceria entre a atenção hospitalar e a APS, por meio de um diálogo interinstitucional permanente.

“Não recebo contrarreferência de jeito nenhum. A comunicação da UPA com os postos é muito ruim”. (Enfermeiro 2 UBS 1)

“Eu tenho um paciente de visita que ele fez uma gastrostomia e não tem nem explicado o porquê da gastrostomia. Não tem contrarreferência em 99% das altas hospitalares”. (Médico UBS 1)

Por fim, segundo Fleury e Ouverney, no trabalho em rede deve haver uma convergência interinstitucional visando a um objetivo comum, para que acordos sejam estabelecidos de modo a articular a interdependência entre os atores envolvidos, nesse caso, a UPA e a ESFC, de forma coordenada, com divisão e organização coletiva do trabalho, produzindo uma estrutura de governança em rede³⁵. Todavia, não é isso que se constata nos relatos dos entrevistados, o que mostra que há muito que se aperfeiçoar no alcance de uma rede integrada de qualidade nesse município.

Limites do estudo

Apesar das limitações próprias de um estudo de caso, de caráter qualitativo e exploratório, sobre uma temática pouco estudada em nosso país, os resultados espelham a percepção e as vivências de profissionais de unidades de ESFC de um município de pequeno porte. Ainda que tais resultados não possam ser generalizados, o contexto do município estudado se aproxima do de outros municípios de pequeno porte do interior paulista, o que levanta questões pertinentes à incorporação da atenção às U/E pelos serviços de APS.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa apresenta os resultados de um estudo de caso sobre o papel da ESFC na RAUE. Apesar de a ESFC ser definida como um componente da RAUE e ter como um de seus

princípios fundamentais a integralidade da assistência, a abordagem das situações de U/E, nesse nível de atenção, não atingiu plenitude em qualidade e resolutividade no município estudado, confirmando os achados inicialmente apontados por outros autores.

Apesar de existir na PNAU um rol de medicamentos, materiais e insumos indicados para utilização na APS, ainda não há um consenso sobre o que realmente deve estar disponível. Além disso, são escassos os protocolos que indiquem em quais situações a intervenção da equipe de ESFC deve ocorrer e até que ponto essa abordagem é segura em ambiente de APS.

Apesar da falta de consenso e da escassez de protocolos, existem recomendações disponíveis sobre a estrutura necessária para o atendimento de casos de U/E na APS. Com base nos depoimentos coletados, pôde-se observar que faltavam itens nas unidades estudadas, o que impedia que um primeiro atendimento em caso de emergência fosse feito e que os casos de urgência de menor gravidade pudessem ser resolvidos sem que se precisasse deslocar o usuário para outro nível de atenção. Além disso, também foram detectadas insuficiências em relação à capacitação dos profissionais que prestavam assistência às situações de U/E, bem como, uma inação dos gestores para sanar todas essas deficiências.

Para corrigir essa carência, urge o fornecimento de um programa de treinamento multiprofissional que contemple a atenção às situações de U/E, envolvendo todas as unidades de APS do município estudado, e que isso seja o início de um processo de educação permanente que seja periodicamente atualizado. Assim, pôde-se concluir que há deficiências que comprometem as condições de trabalho que acabam por impedir um atendimento de excelência nas situações de U/E, ocasionando, muitas vezes, a instituição de atendimentos improvisados, com possíveis repercussões no prognóstico do paciente.

Além disso, a transformação da ESFC numa instância de atenção à saúde resoluta nas situações de urgências menores é fundamental para que, na UPA, haja uma menor sobrecarga de atendimentos. Assim, a UPA pode ser realmente um equipamento de saúde voltado para as situações de urgência de maior gravidade e emergência, que é seu propósito na RAUE. A UPA não pode ser uma porta de entrada paralela à APS, ou seja, um ponto de atenção que, além de realizar os atendimentos que são de sua competência, ainda aborde os casos de urgência de menor gravidade por não estarem as unidades de ESFC devidamente estruturadas para atender a essas situações que, teoricamente, são de sua responsabilidade. Assim, é necessário suprir adequadamente a estrutura da ESFC, tanto em recursos materiais como na capacitação profissional, para que esta possa cumprir seu papel na RAUE e fazer o que é preconizado, e não apenas o mínimo que pode ser feito, devido a uma estrutura insuficiente.

Em relação ao processo de trabalho, há necessidade de a ESFC diferenciar a demanda espontânea por meio do aperfeiçoamento da estratégia de acolhimento, com classificação de risco, para que os usuários em condições de U/E possam ter prioridade de acordo com as

necessidades de cada caso. É válido lembrar que, apesar de a grande maioria dos entrevistados afirmar a existência dessa estratégia, alguns relatos apontaram falhas, o que, somado à inexistência de protocolo específico e validado de estratificação de risco para APS, resulta numa falta de padronização, com prejuízo para os prognósticos.

Quanto à articulação da ESFC com a RAUE, faz-se necessário que a própria unidade de ESFC se reconheça como instância capaz de atender, principalmente, as urgências de menor gravidade de forma resolutiva e, adicionalmente, que seja capaz de prestar os primeiros cuidados para as emergências e urgências de maior gravidade, como estabilização do paciente quando necessário e sua remoção para níveis de maior complexidade, para que o tratamento específico possa ser instituído adequadamente. Além disso, para que se efetive um trabalho em rede, há a necessidade de que haja uma melhor comunicação entre os pontos de atenção da RAUE, de modo que as informações prestadas pelos profissionais da ESFC sejam consideradas no atendimento médico, principalmente da UPA, mas também dos hospitais de referência, e que ambos os locais, no momento oportuno, compartilhem informações sobre os usuários sob seus cuidados com a ESFC, para que a atenção à saúde possa continuar após a alta dos pacientes de forma integral e longitudinal.

Por sua vez, o questionamento inicial sobre qual é o papel da ESFC na RAUE pôde ser discutido ao longo desse estudo em diferentes aspectos. No caso estudado, apesar de uma variedade de subtemas comporem as respostas, a maioria delas mostra que a ESFC cumpre parcialmente seu papel na RAUE. De um lado, muitas vezes, quando a complexidade é compatível com os recursos disponíveis, fornece o primeiro atendimento básico aos usuários de forma resolutiva, ou, quando necessário, refere o paciente para uma instância de maior complexidade, sendo esse local, no município estudado, a UPA. Por outro lado, há relatos de diferentes experiências de atendimento a casos de U/E de forma limitada pela falta de recursos e, em algumas vezes, pela falta de reconhecimento da gestão e dos próprios profissionais da APS do papel da ESFC nesses casos. Assim, as atribuições da ESFC na RAUE podem ser majoradas ou minoradas de acordo com a estrutura adequada para atendimento, o que está atrelado ao reconhecimento técnico e político desse papel.

Observaram-se muitas carências em relação a medicamentos, materiais e insumos, bem como quanto à constituição e preparo das equipes de profissionais que prestam assistência na ESFC. Tais carências precisam ser sanadas para que o atendimento às situações de U/E possa ser feito adequadamente. Nesse sentido, os resultados encontrados serão encaminhados aos gestores municipais e às equipes das unidades, a fim de que sirvam de subsídio para a elaboração de propostas que permitam adequar o atendimento aos casos de U/E na rede estudada.

Por último, pode-se afirmar que os resultados encontrados mostram que os serviços de APS precisam ser reorganizados e aperfeiçoados, devendo haver a inclusão, dentro do vasto e complexo conjunto de atribuições que já têm, de mais uma atividade: o primeiro atendimento com segurança e qualidade a condições de U/E.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 2.436, de 21 de set 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). Diário Oficial da União 22 set. 2017a; seção 1.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf
4. Ricciulli FM, Castanheira ERL. Urgência e emergência na estratégia da saúde da família: uma proposta para avaliação de estrutura. In: Teixeira CP, Guilam, MCR, Machado MFAS, Gomes MQ, Almeida PF, editores. Atenção, educação e gestão: produtores da rede Profsaúde. Vol. 3. Porto Alegre: Rede Unida; 2021 p. 183-195. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46424/2/Livro-Atencao-Educacao-e-Gestao-Producoes-da-Rede-Profsaude-%e2%80%93-volume-3.pdf>
5. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 2.153/2016, de 18 de set. de 2017. Altera o anexo I da Resolução CFM nº 2.056/2013 e dispõe sobre a nova redação do manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil. Altera o texto do anexo II – Da anamnese das prescrições e evoluções médicas – da Resolução CFM n. 2.057/2013, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171 e revoga o anexo II da Resolução CFM n. 2.056/2013, publicada no DOU de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3 e o anexo II da Resolução CFM n. 2073/2014 publicada no DOU de 11 de abril de 2014, Seção I, p. 154. DOU 18 de set. de 2017; seção 1.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de set. de 2017. Anexo III. Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 3 out. 2017b; seção 1.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. v.1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
8. Conselho Federal de Enfermagem (CFE). Resolução n. 423, de 9 de abr. de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Diário Oficial da União 11 abr. 2012; seção 1.

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf
10. Oliveira TA, Mesquita GV. Atendimento de urgência e emergência na estratégia saúde da Família. R. Interd. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 25]; 6(2): p.128-136. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56>
11. Farias DC, Celino, SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia da saúde da família. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 maio 25]; 39(1): 79-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gp3sNPS4V6NYfZf5BF3bfxD/?format=pdf&lang=pt>
12. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das unidades de pronto atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. Interface. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 20(59): 879-892. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400879&lng=en&nrm=iso
13. Ros, C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Neto PP, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. REME – rev. min. Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2021 maio 25]; 22: 1137. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1137.pdf
14. Hermida PMV, Nascimento ERP, Belaver GM, Danczuk RFT, Alves DLF, Jung, W. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. Rev. enferm. [Internet] UFPE. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 10(4): 1170-1178. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11100/0>
15. Freitas TCC, Moreira GGF, Aquino, JM, Lacerda, KPC, Silva R, Jesus, APGA *et al.* A atenção primária como parte integrante da rede de atendimento as urgências e emergências: à luz da literatura. REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde. [Internet]. 2020 Jan 23 [acesso em 2021 maio 25]; 38: e2881. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2881/1201>
16. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. Arq. bras. psicol. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 25]; 71(2): 51-67. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n2/05.pdf>
17. Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [internet] 2020 - [citado em 2020 Ago] Disponível em: <https://www.seade.gov.br>
18. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil (ADHB) [internet]; 2020 -[citado em 2020 Ago]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>
19. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – 2020b [citado em 2020 Nov 15]. Disponível em: www2.datasus.gov.br
20. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado, MFAS, Dias, AP, Menezes, FWP *et al.* Estratégia saúde da família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. Saúde debate. [Internet]. 2019 Dez [acesso em 2021 maio 25]; 43(8): 36-49. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe8/36-49/pt>
21. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Acta Scientiarum Health Sciences. [Internet]. 2012 [acesso em 2021 maio 25]; 34(1): 85-93. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4126/0cabb820858a48a0b18611ef26243cc57c5e.pdf>

22. Oliveira TA, Mesquita GV, Valle ARMC, Batista, MME, Ibiapina, TF. Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. *Rev. enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 10(3 suppl): 1397-1406. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30225>
23. Konder MT. Atenção às urgências: a integração das unidades de pronto atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional Sérgio Arouca; 2013. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=681326&indexSearch=ID>
24. Nagai DK. Diretriz de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na rede de urgência e emergência: pesquisa-ação. [Dissertação] Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1037872>
25. Mendes, TF, Feitosa LMH, Pita BR, Mota MS, *et al.* Papel da estratégia saúde da família no atendimento as urgências e emergências. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 maio 25]; 31(2): 117-121. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_155414.pdf
26. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. *Saúde e Pesquisa.* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 25]; 12(2): 317-322. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016520/09_7019-fernanda-cassineli_port_norm_ing.pdf
27. Soares CSA, Fonseca CLR. Atenção primária a saúde em tempos de pandemia. *J. Manag. Prim. Health Care.* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 maio 25]; 12: 1-11. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>
28. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale, LR, Castro MA *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.* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 25]; 22(1): 211-222. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pWPPSMbZM4gnCd9TN9W6Yyj/?format=pdf&lang=pt>
29. Oliveira MO, Trindade MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Hórus.* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 maio 25]; 5(2): 160-171, 2010. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3978/1825>
30. Souza ECF, Vilar RLA de, 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.* [Internet]. 2008 [acesso em 2021 maio 25]; 24(1 suppl): 100-110. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s100-s110/pt>
31. Soares SS, Lima LD de, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *J. Manag. Prim. Health Care.* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 maio 25]; 5(2): 170-177. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/213/216>
32. Ortega MAF, Prato JBR, Coria AEI, Lara SB, Barrell AE, Téllez, VMJ. Os sistemas de referência e contra-referência de pacientes na América Latina: mecanismos de coordenação assistencial e papel da medicina de família e comunidade. *Rev. bras. med. fam. Comunidade.* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 11(2 suppl): 37-45. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384/806>

33. Hernandez PF. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. RPPD. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 1(1): 53-67. Disponível em: <http://www.ichs.uff.br/ojs/index.php/rppd/article/view/14>
34. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciênc. Cuid. Saúde. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 maio 25]; 7(1): 65-72. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n1/245-256/pt>
35. Fleury S, Ouverney A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. RPBG [Internet]. 2012 Jul [acesso em 2021 maio 25]; 11(2-3): 74-83. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>