Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Izabela de Faria Batista Toledo

Atendimento aos usuários da unidade de urgência e emergência de uma policlínica no contexto da pandemia da COVID-19

Rio de Janeiro

2023

Izabela de Faria Batista Toledo

Atendimento aos usuários da unidade de urgência e emergência de uma policlínica no contexto da pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Contração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

T649 Toledo, Izabela de Faria Batista.
Atendimento aos usuários da unidade de urgência e emergência de uma Policlínica no contexto da pandemia da COVID-19/ Izabela de Faria Batista Toledo. - 2023.
112 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Serviços médicos de emergência. 2. Hospitais de emergência. 3. Atenção primária à saúde. 4. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 5. COVID-19. I. Caldas, Célia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Paz CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Izabela de Faria Batista Toledo

Atendimento aos usuários da unidade de urgência e emergência de uma Policlínica no contexto da pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Contração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 30 de março de 2023.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho
Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Dra. Mercedes de Oliveira Neto

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar esta dissertação às seguintes pessoas:

Primeiramente a Deus por ter me iluminado desde o início até o final desse caminho e ter me mostrado que o importante é chegar não importa de que forma irá conseguir, não precisa ser o primeiro, apenas cumprir a missão que lhe é dada.

A minha família que sempre me apoiou desde o início da minha trajetória. Em especial a minha mãe, meu pai, ao meu filho que é minha inspiração diária e por ter sido a luz nos períodos mais turbulentos e ao meu esposo, meu grande incentivador nos momentos mais difíceis dessa jornada. Grata pelas abdicações e encorajamentos nas horas mais necessárias.

A minha orientadora que Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas por ter confiado na minha capacidade e ter acreditado que eu poderia chegar até o final. Tenho honra de ter conhecido essa pessoa tão especial, além de orientadora, uma amiga.

Ao grupo de pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem que sempre me apoiou e colaborou com sugestões para melhoria do meu trabalho. Com ele pude aprender a construir uma dissertação do início ao fim. A sua importância deve ser perpetuada nas demais gerações.

A uma grande amiga Drª Leonor Coelho da Silva. Uma companheira que a Marinha do Brasil me deu e tive a sorte de reencontrá-la na Faculdade de Enfermagem – UERJ. Sendo minha sênior durante todo período da pós-graduação. Sou muito grata por tudo.

Aos membros da banca, pela dedicação, atenção, paciência e contribuições, a fim de melhorar a minha dissertação.

As equipes de enfermagem da urgência e emergência e da atenção básica por terem incentivado e contribuído com esse trabalho até o final. Grata por fazer parte desse grupo.

Ao Secretário de Saúde de Tanguá por ter permitido o início dessa pesquisa nas unidades de saúde do município de Tanguá e ter acreditado neste trabalho. E ao diretor da Policlínica Municipal Demerval Garcia de Freitas (PMDGF).

Aos docentes e técnicos administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ).

As conquistas dependem de 50% de inspiração, criatividade e sonhos, e 50% de disciplina, trabalho árduo e determinação.

Augusto Cury

RESUMO

TOLEDO, Izabela de Faria Batista. **Atendimento aos usuários da unidade de urgência e emergência de uma Policlínica no contexto da pandemia da COVID-19**. 2023. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este estudo tem como **objeto**: a organização da demanda de atendimento em uma unidade de urgência e emergência no contexto da pandemia da COVID-19. **Questões norteadoras:** qual a demanda de atendimentos de uma Policlínica em um município do Estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia da COVID-19? E que estratégias podem ser utilizadas para organização do fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde de um município de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, para alcançar a resolutividade das demandas encaminhas ao serviço de urgência e emergência de uma Policlínica municipal? **Objetivo geral**: desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de enfermagem de uma Policlínica uma proposta de reorganização do atendimento da unidade de urgência e emergência, a partir da análise da demanda de atendimentos de uma instituição de um município do estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia da COVID-19. **Metodologia**: estudo de método misto com abordagem sequencial transformadora. A fase quantitativa foi transversal, descritiva com análise documental dos registros disponíveis no serviço de urgência e emergência da policlínica. Os dados objetivos foram obtidos por observação sistemática nas visitas exploratórias nas UBS. A fase qualitativa utilizou o método da pesquisa participativa, por meio de 44 entrevistas com os profissionais de saúde e um grupo focal com 14 profissionais de enfermagem, composto por 8 técnicos e 6 enfermeiros. Após a Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do município e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa da UERJ, a coleta de dados foi iniciada. **Resultados:** Procedimentos Técnicos somam 88,70% dos atendimentos. Isso reflete a dificuldade de interligar a AB e a Rede de UE, pois são procedimentos realizados na atenção básica. Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram as seguintes **categorias**: A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de EU e a AB; Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora; Estratégia de reorganização da RAS do município; Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda de atendimento da unidade de urgência e emergência. Foram apresentadas as categorias e subcategorias oriundas da fase qualitativa e os resultados quantitativos para fomentar a discussão dentro do grupo focal, resultando na elaboração do Plano de Ação. Com a integração dos resultados foi possível realizar algumas meta-interferências, como: A falta de continuidade e alinhamento entre as coordenações da UBS e os serviços de UE; A necessidade de fortalecimento e investimento na AB. **Conclusão:** Para a articulação entre a atenção básica e a rede de urgência e emergência é necessário o estabelecimento da lógica do cuidado de transição.

Palavras-chave: Serviços de Atendimento de Emergência. Hospitais de Emergência. Atenção Primária à Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

TOLEDO, Izabela de Faria Batista. **Service to users of the urgency and emergency unitof a Polyclinic in the context of the COVID-19 pandemic**. 2023. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This study has as its object: the organization of the demand for care in an urgency and emergency unit in the context of the COVID-19 pandemic. Guiding questions: what is the demand for care at a Polyclinic in a municipality in the State of Rio de Janeiro in the context of the COVID-19 pandemic? And what strategies can be used to organize the flow of care in the health care network of a medium-sized city in the State of Rio de Janeiro, to achieve resolution of the demands forwarded to the urgency and emergency service of a municipal Polyclinic? General objective: to develop in a participatory way, together with the nursing team of a Polyclinic, a proposal for the reorganization of care at the urgency and emergency unit, based on the analysis of the demand for care at a Polyclinic in a municipality in the State of Rio de Janeiro in the context of the COVID-19 pandemic. Methodology: mixed method study with transformative sequential approach. The quantitative phase was cross-sectional, descriptive with documental analysis of the records available at the polyclinic's urgent and emergency service and objective data obtained through systematic observation during exploratory visits to the UBS. The qualitative phase used the participatory research method, through 44 interviews with health professionals and a focus group with 14 nursing professionals, composed of 8 technicians and 6 nurses. After the Letter of Consent from the Municipal Health Department and approval of the research project by the Research Ethics Committee of UERJ, data collection began. Results: Technical Procedures account for 88.70% of the calls. This reflects the difficulty of interconnecting PC and the UE Network, as they are procedures performed in primary care. The following categories emerged: The interconnection between the Health Care Network in the EU and PC units; Resolutive, humanized and welcoming care; Reorganization strategy of the municipality's RAS; Impacts of the COVID-19 Pandemic on the demand for urgent and emergency care. The categories and subcategories arising from the qualitative phase and the quantitative results were presented to encourage discussion within the focus group, resulting in the elaboration of the Action Plan. With the integration of the results, it was possible to carry out some meta-interferences, such as: The lack of continuity and alignment between the UBS coordinations and the UE services; The need for strengthening and investment in PC. Conclusion: For the articulation between primary care and the urgency and emergency network, it is necessary to establish the logic of transitional care.

Keywords: Emergency Care Services. Emergency Hospitals. Primary Health Care. Health Services Needs and Demands. COVID-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	As Redes de Atenção à Saúde.....	25
Figura 2 -	Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	26
Figura 3 –	Os Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	26
Figura 4 -	Fluxograma Prisma como etapa de busca da revisão integrativa e no processo de seleção dos artigos.....	36
Figura 5 -	Versão prototípica do projeto transformador sequencial.....	46
Figura 6 -	Desenho do estudo.....	47
Figura 7 -	Cálculo amostral utilizado para traçar o perfil de atendimento da unidade de saúde pelo SestatNET, 2022.....	52
Figura 8 -	Apresentação dos resultados das fases quantitativa, qualitativa e integração.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Correlação com a idade e os motivos da busca pelo atendimento.... 70

Gráfico 2 - Correlação da clínica com os motivos da busca pelo atendimento... 72

Gráfico 3 - Correlação do município com os motivos da busca pelo atendimento..... 73

Gráfico 4 - Correlação das UBS com os motivos da busca pelo atendimento.... 73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resultado da estratégia de busca pelas bases de dados.....	35
Quadro 2 -	Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura.....	37
Quadro 3 -	Características da estratégia transformadora sequencial.....	46
Quadro 4 -	Variável sexo.....	53
Quadro 5 -	Variável faixa etária.....	54
Quadro 6 -	Variável tipo de atendimento.....	54
Quadro 7 -	Variável município.....	55
Quadro 8 -	Variável número de atendimentos por áreas programáticas de acordo com o local de moradia.....	55
Quadro 9 -	Variável motivo da busca de atendimento na unidade de urgência e emergência.....	56
Quadro 10 -	Caracterização dos serviços oferecidos nas UBS.....	67
Quadro 11 -	Integração entre os resultados quantitativos e qualitativos.....	79
Quadro 12 -	Plano de ação.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo dos participantes das entrevistas 59

Tabela 2 - Caracterização da cobertura da UBS com suas respectivas populações adscritas e a relação dos profissionais de saúde que existem nas UBS..... 66

Tabela 3 - Caracterização da idade dos usuários dentro da amostra selecionada..... 67

Tabela 4 - Caracterização do perfil dos usuários que procura atendimento na Policlínica e suas demandas..... 68

Tabela 5 - Caracterização da correlação das variáveis dependentes..... 71

Tabela 6 - Caracterização das categorias e subcategorias com suas respectivas frequências..... 74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAMs	Boletins de Atendimento Médico
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREQ	*Consolidated criteria for reporting qualitative research*
COVID-19	*Coronavirus disease*
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GF	Grupo Focal
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBECS	*Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On line*
MESH	*Medical Subject Headings*
MMAT	*Mixed Methods Appraisal Tool*
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NLM	*National Library of Medicine*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto-Socorro
QCRI	*Qatar Computing Research Institute*
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SestatNET	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web
SG	Síndrome Gripal
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UCC	Centro de Atendimento de Urgência

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	**REFERENCIAL TEMÁTICO**	22
1.1	**Direitos constitucionais na saúde**	22
1.2	**Atendimentos nas unidades de urgência e emergência**	22
1.3	**Redes de Atenção à Saúde (RAS) e regiões de saúde**	23
1.4	**Qual é a importância da RAS**	24
1.5	**Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**	25
1.6	**A enfermagem na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a articulação entre as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Atenção Básica (AB)**	28
1.6.1	A enfermagem na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	28
1.6.2	A articulação entre as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Atenção Básica (AB)	29
1.6.3	Impacto da pandemia COVID-19 nas unidades de urgência e emergência	30
2	**REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**	33
2.1	**Seleção dos estudos e extração dos dados**	35
2.1.1	Resultados	36
2.1.2	Discussão	43
3	**METODOLOGIA**	45
3.1	**Delineamento geral do estudo**	45
3.2	**Cenário do estudo**	48
3.3	**Delineamento da etapa quantitativa**	50
3.3.1	Procedimentos de coleta de dados da etapa quantitativa	50
3.3.2	Variáveis estudadas	52
3.3.3	Tratamento e análise dos dados quantitativos	56
3.4	**Delineamento da etapa qualitativa**	57
3.4.1	Procedimentos de coleta de dados qualitativos.	58
3.4.2	Organização e análise dos dados qualitativos	61
3.4.3	Elaboração de um plano de ação	62
3.5	**Integração dos dados quantitativos e qualitativos**	63

3.6 **Procedimentos éticos do estudo**..... 64
4 **RESULTADOS**..... 66
4.1 **Resultados da etapa quantitativa**..... 66
4.1.1 Descrição dos serviços oferecidos na Atenção Básica (AB) verificados através das visitas exploratórias por meio das observações sistemáticas..... 66
4.1.2 Demanda dos Atendimentos - Análise Documental: Levantamento realizado através dos Boletins de Atendimentos (BAM)..... 67
4.2 **Resultados da fase qualitativa**..... 74
4.2.1 Categoria 1: A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica..... 74
4.2.1.1 Subcategoria 1.1: Limitadores para interligação..... 75
4.2.1.2 Subcategoria 1.2: Possibilidades de interligação..... 75
4.2.2 Categoria 2: Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora..... 76
4.2.3 Categoria 3: Estratégia de reorganização da RAS do município..... 77
4.2.4 Categoria 4: Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda de atendimento da unidade de urgência e emergência..... 77
4.3 **Resultados integrados**..... 78
4.4 **Plano de Ação**..... 81
5 **DISCUSSÃO**..... 85
CONCLUSÃO..... 90
REFERÊNCIAS..... 92
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 101
APÊNDICE B – Roteiro dos dados coletados na análise documental..... 104
APÊNDICE C - Roteiro dos dados coletados por observação sistemática..... 105
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista - Atenção à saúde dos usuários de uma policlínica de urgência e emergência: desafios e possibilidades..... 106
APÊNDICE E - Roteiro para condução do Grupo Focal (GF)..... 107
ANEXO A – Carta de Anuência..... 109
ANEXO B - Parecer consubstanciado CEP UERJ..... 110

INTRODUÇÃO

Este estudo partiu da observação empírica da sobrecarga na demanda de usuários em busca do serviço de urgência e emergência de uma policlínica em um município do Estado do Rio de Janeiro.

Andreoti e Santos (2014) apontam que tal demanda se dá, na maior parte, por problemas simples, os quais poderiam ser atendidos em serviços de Atenção Básica (AB). Segundo os autores, há uma grande necessidade de reorganização na rede de saúde, de forma distributiva, conectando de maneira sistematizada a rede básica e os serviços de urgência e emergência.

Durante o trabalho como enfermeira plantonista na policlínica, foi possível observar a existência de sobrecarga de trabalho dos profissionais devido ao aumento das demandas de usuários e a dificuldade de garantir a resolutividade na atenção aos usuários da unidade de urgência e emergência da Policlínica.

Essa sobrecarga gerou a inquietação sobre a efetividade da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, considerando que, segundo Bianchini e Menzani (2009), a enfermagem é uma profissão que sofre o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado constante a pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas, por vezes, repulsivas e angustiantes, comuns nas unidades de emergência.

SILVA *et al*. (2022) defendem que a sistematização da assistência de enfermagem e a utilização de indicadores epidemiológicos para o dimensionamento adequado da equipe com profissionais capacitados para atuar em unidades de emergência, são fatores essenciais do gerenciamento e que promovem a segurança do paciente. Quando o dimensionamento de recursos humanos não é equiparado às demandas de atendimentos, o fluxo de atendimento pode ultrapassar a quantidade de profissionais existentes.

De acordo com a Portaria nº4279/2010, as RAS têm o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Conforme listado no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2013), é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). No presente estudo pretendeu-se verificar essas informações para traçar o perfil epidemiológico e demográfico dos usuários, pois são importantes para a organização da rede de serviços de saúde.

As RAS são definidas como "arranjos organizativos integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010a, p. 1). Esse fato é reafirmado quando a sua criação se justifica pela necessidade de diminuir a fragmentação da assistência. Com a perspectiva de contribuir para aprimorar a integração dos pontos de atenção à saúde na rede, o presente estudo tem o propósito de conhecer e identificar essa grande demanda dos pacientes que procura o atendimento na referida Unidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de forma hierárquica em três níveis, de acordo com a complexidade da demanda apresentada: Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatórios de especialidades e hospitais. Entretanto, percebe-se um déficit organizacional, no que tange a utilização do setor de urgência e emergência, sendo visto como solução mais rápida para problemas de cunho ambulatorial (ANDREOTI; SANTOS, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a Rede de Urgência e Emergências é complexa por ser composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento de situações de urgência. Seu objetivo principal é reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela AB, e, para tal, é primordial a ampliação da rede de serviço de forma qualificada e resolutiva, com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A complexidade da Rede de Urgência e Emergências foi ainda mais desafiada com a pandemia da COVID-19 (*Coronavirus disease*[1]). A sobrecarga de trabalho dos

[1] Coronavírus.

profissionais devido à grande demanda de usuários e a dificuldade de garantir a resolutividade na atenção aos usuários da unidade de urgência e emergência da Policlínica foi amplificada.

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciava um documento sobre a disseminação da COVID-19 em uma escala de tempo muito curta, e havia uma preocupação com os níveis alarmantes de contaminação (BRASIL, 2022a). Segundo fontes oficiais, em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional. No Brasil, o primeiro caso confirmado pela COVID-19 foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo. E no Estado do Rio de Janeiro o primeiro caso foi diagnosticado em 05 de março de 2020 (GANDRA, 2020; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2020).

Cabe ressaltar que não apenas uma rede de saúde ampliada e interligada é importante para um bom funcionamento do sistema de saúde, mas também profissionais treinados e qualificados são imprescindíveis. Nesse sentido, foi de extrema relevância a capacitação e a articulação entre as redes de saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 causada pelo SARS-CoV-2.

O impacto deixado pela pandemia da COVID-19 nos setores de urgência e emergência e a atenção básica foram notórios e vários ajustes foram necessários para redimensionar o fluxo de atendimento. BRANCO *et al*. (2020) aponta que para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus, foram organizados planos de contingência e fluxos de atendimento nos setores de emergência em conexão com as demais áreas do hospital. Dessa forma, criaram-se Centros de Triagem e Salas Vermelhas para a COVID-19 em todos os serviços de emergência. Isso demonstra a importância de dinamizar o fluxo para atender a demanda da população provocada pelo vírus.

Dessa forma, gestores de saúde orientaram que os casos suspeitos com clínica leve e moderada poderiam ser atendidos na Atenção Primaria à Saúde em Unidades de Saúde e somente os casos com maior gravidade que necessitassem de internação hospitalar seriam referenciados para outros pontos da Rede de Urgência e Emergência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).

O efeito da pandemia da COVID-19 tem provocado um elevado número de casos e de óbitos no Brasil, e, por isso, gestores de saúde se uniram e fortaleceram a Atenção Primária de Saúde com as seguintes recomendações: Necessidade de

fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) destaque para a importância do acompanhamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e das altas de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), organização da gestão de saúde, estímulo a vacinação rápida e segura, ampliação da comunicação, promoção e prevenção da saúde, assistir a reabilitação e as complicações pós COVID-19 (BRASIL, 2021).

Dessa forma, destacou-se a importância do engajamento da equipe multidisciplinar na organização da logística, de recursos humanos e materiais, a fim de criar rotinas, protocolos assistenciais de forma emergente. A pandemia foi um divisor de águas dentro das unidades de saúde. Vislumbrou-se a necessidade da conscientização coletiva dos profissionais de saúde visando a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde (BRANCO *et al*., 2020).

Diante da complexidade do contexto, com o intuito de explorar o problema, foi realizado um estudo misto utilizando a estratégia transformativa sequencial, com a primeira etapa quantitativa antecedendo a etapa principal, a qualitativa. O objeto de estudo foi "a organização da demanda de atendimento em uma unidade de urgência e emergência no contexto da pandemia da COVID-19". As questões norteadoras foram as seguintes: qual a demanda de atendimentos de uma Policlínica em um município do Estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia da COVID-19? E que estratégias podem ser utilizadas para organização do fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde de um município de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, para alcançar a resolutividade das demandas encaminhas ao serviço de urgência e emergência de uma Policlínica municipal?

Para responder a tais questões, foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de enfermagem de uma Policlínica uma proposta de reorganização do atendimento da unidade de urgência e emergência, a partir da análise da demanda de atendimentos de uma Policlínica de um município do Estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia da COVID-19.

Objetivos Específicos

a) Identificar a demanda dos atendimentos na urgência e emergência e a rede de serviços de saúde das UBS do município no contexto da pandemia da COVID-19.

b) Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a interligação entre a UBS e a Policlínica.

c) Construir um Plano de Ação para melhorar a articulação entre UBS e Policlínica, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Justificativa e relevância do estudo

Justifica-se este estudo pela importância de atender às políticas de saúde, de acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo nº 196, que reafirma de modo abrangente:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, [2022b], *online*).

Igualmente, no artigo nº198:

> São retratadas as ações de saúde e dos serviços públicos como uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, [2022b], *online*).

Entretanto, o SUS é composto por princípios e diretrizes, compreendidos como um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, juntamente com as organizações públicas de saúde em âmbito Municipal, Estadual e Nacional. Este fornece suporte à efetivação da política da saúde no Brasil (SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010).

Vale a pena definir que as diretrizes organizativas visam planejar e organizar o funcionamento do sistema de saúde, dessa forma a organização do SUS baseia-se em:

a) Regionalização: A organização da atenção à saúde é caracterizada pelo processo de regionalização dos serviços como base territorial, na qual

> tem como objetivo distribuir os recursos de forma que não haja desperdícios e facilite a assistência à saúde;
>
> b) Hierarquização: Os serviços do sistema de saúde devem ser organizados por níveis de atenção, sendo essa organizada de forma crescente conforme sua complexidade:
>
> - Nível Primário: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (USF);
> - Nível Secundário: Especialidades médicas, policlínicas, hospitais locais e laboratórios;
> - Nível Terciário: Policlínicas especializadas, hospitais gerais e hospitais de base, centro de diagnósticos e imagem;
> - Nível Quaternário: Hospitais Universitários e engenharia genética.
>
> c) Resolutividade: Os problemas de saúde do indivíduo devem ser solucionados de acordo com que corresponde a cada nível;
>
> d) Descentralização: Cabe aos Municípios a responsabilidade da política das ações e serviços de saúde direcionada a cada cidadão e uma redistribuição dessas responsabilidades, envolvendo vários níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal);
>
> e) Participação dos cidadãos: Garante à população a participação nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, com representação partidária do governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários, dessa maneira contribuindo de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde. (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Para atender as necessidades de saúde e articular as práticas aos princípios e diretrizes do SUS foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo objetivo primordial no contexto dos serviços de urgência e emergência é repensar e criar condutas em saúde, centrando na atenção resolutiva, humanizada e acolhedora (BRASIL, 2010b).

A partir dos conceitos das Políticas de Saúde considerados acima, nota-se que a Policlínica estudada na presente pesquisa está enquadrada no nível de atenção secundária, em virtude disso permitiu-se analisar melhor o campo de estudo e definir algumas atribuições e funções dentro da unidade.

Vale ressaltar que o presente estudo atende a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde no Eixo 8, no que refere a Gestão do trabalho e Educação em Saúde. Dessa forma, merece destaque a avaliação da implementação de estratégias de educação em saúde no SUS, isso torna-se importante para contribuir na reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018).

Relevância do estudo

Esta dissertação se insere na linha de pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em saúde e Enfermagem. Trata-se de uma produção acadêmica do grupo de pesquisa "Concepções teóricas do cuidar em saúde e enfermagem - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Universidade do Estado do Rio de Janeiro- (CNPq/UERJ)".

Espera-se que a realização deste estudo possa contribuir para:

O ensino, pois a reorganização de rede de saúde deve ser inclusa como assunto dentro das universidades, visto que os profissionais de saúde estão inseridos dentro do sistema único de saúde (SUS). O entendimento de um fluxo de atendimento e suas redes contribui para direcionar o usuário e oferecer um cuidado acolhedor e humanizado.

A assistência torna-se relevante pela necessidade de dinamizar o fluxo do atendimento e promover uma assistência de qualidade e direcionada ao usuário. De acordo com o Manual da Rede de Urgência e Emergência é importante reordenar a rede de atenção à saúde nas Urgências e Emergências de forma coordenada pela atenção básica (BRASIL, 2013).

Na pesquisa, percebeu-se a necessidade contribuir com o conhecimento sobre essa temática, pois através do levantamento realizado na literatura foi verificado que não há um número significativo de estudos nacionais acerca desse assunto e os que existem são antigos. E ainda, há carência de estudos sobre a articulação entre a Atenção Básica (AB) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

No contexto social a presente pesquisa torna-se relevante dentro da perspectiva das Políticas de Saúde Pública, sob uma ótica social. Pois, quando se trata de reorganização do fluxo de atendimento em articulação com a atenção básica ocorre a otimização da qualidade da saúde ofertada para esse usuário da rede de saúde.

1 **REFERENCIAL TEMÁTICO**

1.1 **Direitos constitucionais na saúde**

Vale a pena recordar os Princípios do SUS, no que tange a Universalização, Equidade e Integralidade. Todos esses reafirmam a credibilidade que o Sistema passa ou deveria passar ao usuário da rede de saúde. A Universalidade garante o direito de cidadania assegurando acesso às ações e serviços de saúde. A Equidade tem o objetivo de diminuir as desigualdades e a Integralidade considera o indivíduo como um todo, articulando as ações incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006a).

O SUS é o sistema de saúde pública que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação.

As redes que fazem parte do SUS contemplam ações e também os serviços de saúde, engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, serviços de ações epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica.

Segundo alguns estudos indicam que uma abordagem centrada no paciente com doenças crônicas contribui para o gerenciamento do fluxo de usuários/pacientes mais frequentes na emergência (UBIALI *et al.*, 2020). Mas, existem pesquisas considerando que quanto mais acessível for à emergência maior será essa substituição pelos pacientes/usuários com necessidades não urgentes (KRÄMER; SCHREYÖGG, 2019).

1.2 **Atendimentos nas unidades de urgência e emergência**

O atendimento nas unidades de urgência e emergência tem por base a Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS criado em 2003, como é uma

iniciativa inovadora, cujo objetivo é qualificar práticas de gestão e atenção em saúde, conceituar a saúde pública no Brasil e ampliar o processo de corresponsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010b).

Percebe-se a necessidade de integralizar a PNH dentro do Setor de urgência e emergência, realizando o serviço de acolhimento. A Policlínica desse estudo funciona com a emergência com porta aberta, no qual o serviço de acolhimento é executado por um(a) enfermeiro(a) qualificado(a) para esse fim. Ressalta-se que a abordagem qualificada dos usuários para organizar o setor, resolver problemas relacionados à saúde faz parte desse contexto (BRASIL, 2010b).

É importante evidenciar que barreiras como a logística, o não agendamento de consultas, pouca acessibilidade e disponibilidade ao atendimento são motivos que estimulam os pacientes/usuários se autorreferenciarem para unidade de pronto atendimento (MINDERHOUT *et al*., 2019).

De acordo com o Manual de PNH (BRASIL, 2010b), tem-se uma crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência com um enorme fluxo de "circulação desordenada" dos usuários nas portas de acesso, tornando necessária a reorganização do processo de trabalho, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência, de acordo com diferentes graus de necessidades e não mais de maneira impessoal e por ordem de chegada.

No que concerne o trabalho das equipes na urgência/emergência, o acolhimento deve ser feito com a escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, considerando uma assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências dentro de suas singularidades (BRASIL, 2010b).

1.3 **Redes de Atenção à Saúde (RAS) e regiões de saúde**

Para que se tenha uma melhor compreensão do assunto abordado nesse estudo, faz-se necessário o entendimento de como funciona a Redes de Atenção à Saúde (RAS). É definida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à

saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Assim, possui o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde; prover atenção contínua, integral, de boa qualidade, responsável e humanizada; incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (BRASIL, 2014a).

Contudo, conceituam-se regiões de saúde como espaços geográficos contínuos constituídos por aglomerado de municípios, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e será referência para a transferência de recursos entre os entes federativos; devem conter ações de AB, atenção psicossocial, vigilância à saúde, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar (BRASIL, 2014a). Dessa forma, as RAS estarão compreendidas no âmbito de uma região de saúde ou em várias delas.

Conforme a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, as redes de saúde são os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

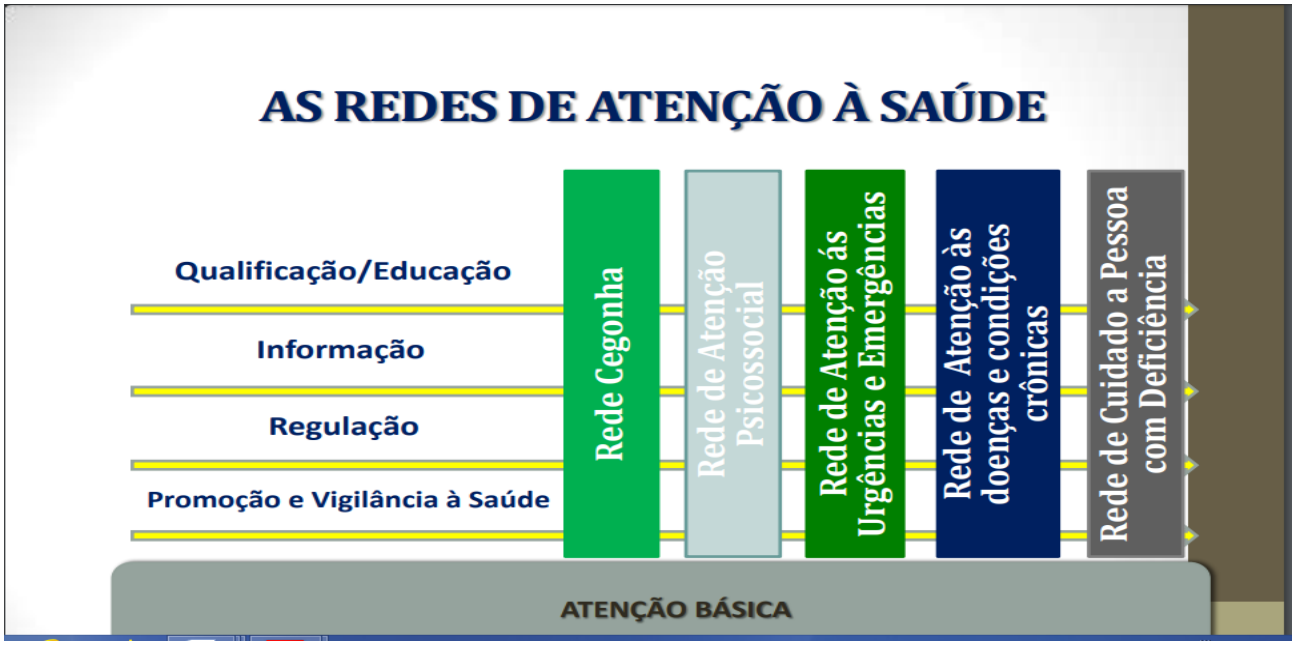
1.4 **Qual é a importância da RAS?**

A RAS tem a sua importância por:

- Diminuir a fragmentação histórica do sistema de saúde;
- Evitar concorrência entre os serviços;
- Promover a orientação dos usuários;
- Usar adequadamente os recursos (diminuição dos custos);
- Promover o seguimento horizontal dos usuários (aumento da prevalência das doenças crônicas);
- Monitorar e avaliar por meio de sua forma organizativa.

Assim, entende-se a sua necessidade de toda fragmentação e suas articulações para um funcionamento harmonioso entre as Redes (BRASIL, 2014a). A Figura 1 representa um esquema da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 1 - As Redes de Atenção à Saúde



Fonte: BRASIL, 2014a, *online*.

1.5 **Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**

De início, faz-se necessário definir qual é o papel da AB, de acordo com o Manual de Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Dessa forma, conceitua-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (BRASIL, 2013).

Assim, as ações realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido sobre o qual, as equipes assumem responsabilidade sanitária têm como objetivos: a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização do primeiro atendimento às urgências e emergências em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

A AB deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde. São elas: Ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar

as redes. Vale a pena observar as Figuras 02 e 03 abaixo para entender melhor as articulações entre as redes existentes.

Figura 2 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Fonte: SANTA CATARINA, 2020, p. 10.

Figura 3 – Os Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Fonte: BRASIL, 2013, p. 14.

O termo emergência é definido como uma categoria na triagem onde a assistência é prestada em casos de prejuízo à saúde com risco de vida potencial ou qualquer alteração no organismo que exigem tratamento imediato. Da mesma forma que a emergência, a urgência é considerada uma categoria de triagem, no entanto o cuidado é fornecido em casos de doença grave ou danos à saúde que não conduz um risco de morte (SMELTZER *et al*., 2011)

Conforme a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o atendimento as urgências se dá, principalmente, pelo Pronto-Socorro (PS), considerado uma porta de entrada dos serviços do sistema de saúde, com seu funcionamento 24 horas por dia, devendo estar estruturados e equipados, de modo a acolher usuários com quadro de emergência propriamente dita, quadro percebido como urgência e usuários desgarrados da Atenção Primária (APS) e especializadas, sendo comum a superlotação do setor dessa unidade e o comprometimento da qualidade da assistência prestada.

Segundo Andreoti e Santos (2014), a assistência neste setor, não se limita à população local, mas sim a prestação de serviços públicos sem restrições a usuários, fazendo dele serviço uma porta de entrada para diferentes níveis de assistência. Diante disso, a população busca esse serviço como uma alternativa para acesso a assistência, na tentativa de resolução de problemas e alívio de sintomas agudos.

Esse fato sobrecarrega as demandas que são realmente qualificadas como urgência/emergência, aumentando o fluxo e conturbando a assistência à saúde. De acordo com o SUS percebe-se que é primordial a estratificação e regionalização dos atendimentos para manter-se o fluxo e a qualidade do serviço prestado. Os serviços por sua vez vêm sendo utilizados de forma inadequada, pois os problemas que poderiam ser resolvidos em um nível de menor complexidade, acarreta de forma negativa no sistema de saúde.

Segundo a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), uma das razões que implicam nos repetitivos retornos ao setor de emergência, é a ausência de articulação com o restante da rede assistencial, revelando a insatisfação com a APS, o atendimento de baixa qualidade e a pequena resolutividade de problemas.

O Ministério da Saúde (MS), em parcerias com as secretarias estaduais de urgência e emergência propõe a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, pois essas além permitem uma melhor organização da assistência, articulam os serviços e definem melhor os fluxos, destacando a referência resolutiva como um elemento indispensável para uma integralidade na assistência prestada. O

setor de emergência tem sido a porta de entrada para vários tipos de atendimento, havendo um enorme fluxo de usuários desordenado, ocasionando sobrecarga que exige a reorganização no fluxo da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Nota-se que a tentativa de contribuir para organização do fluxo de atendimento é válido, pois direcionar, informar e orientar também faz parte das atribuições dos profissionais de saúde. Muitas vezes, os usuários buscam esse tipo de atendimento por mera comodidade, por ser um atendimento mais rápido e resolutivo, porém não se pode descartar a hipótese do desconhecimento do funcionamento da rede dentro do município pelos profissionais de saúde, sendo crucial o aperfeiçoamento do serviço da RAS.

1.6 **A enfermagem na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a articulação entre as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Atenção Básica (AB)**

1.6.1 A enfermagem na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A enfermagem possui um corpo próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência. A partir de tais conhecimentos e práticas se concretiza a prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Assim, faz-se necessário ao profissional de enfermagem conhecimentos, aptidões e a prática de um cuidado humanizado, pois dessa forma o paciente poderá ser um protagonista dentro do seu cuidado, o que torna esse mais completo e eficaz.

É importante que os profissionais de enfermagem participem das práticas de cuidado tanto na AB quanto na RUE e que criem oportunidade para diálogo quando possível, proporcionando ao paciente a oportunidade de expressar aquilo que deseja. Dessa forma, vale destacar as práticas de cuidado dos profissionais de enfermagem na atenção básica, pois estes participam de vários contextos que se expressam claramente e são refletidos através da aproximação social e cultural com a população (ACIOLI, 2015).

A enfermagem dentro da RAS tem um papel fundamental, visto que a rede necessita ser articulada para um funcionamento harmonioso entre os seus componentes (BRASIL, 2014a). Nesse sentido, a enfermagem torna-se o elo dessa articulação. Embora seja integrante de uma equipe profissional, os enfermeiros e técnicos de enfermagem são a categoria profissional que mais se aproxima do paciente e com uma escuta ativa tende a participar dos anseios e necessidades da população.

Os profissionais de enfermagem são capazes de identificar problemas de saúde e fatores de risco da população, monitorar as evoluções clínicas dos pacientes, participar e realizar ações voltadas para educação em saúde, realização e acompanhamento de tratamentos/reabilitação e a sistematização, assim concretizando várias das diretrizes do sistema único de saúde (SÁ *et al.*, 2021). Dessa forma, é notório a sua importância na articulação entre os componentes que integram a RAS.

1.6.2 A articulação entre as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Atenção Básica (AB)

Para um melhor entendimento dessa articulação entre a RUE e a AB faz-se necessário destacar os objetivos dos atendimentos de cada serviço de saúde. No que confere a urgência e emergência objetiva-se reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas (BRASIL, 2013).

No que se refere a AB define-se por serem a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em que as unidades têm o objetivo de atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais (BRASIL, 2013). A partir de agora torna-se claro compreender a interligação entre ambas as partes.

Os termos urgência e emergência são amplamente confundidos pelos usuários da RAS. A urgência é uma situação que requer assistência rápida, porém pode-se esperar até duas horas, já o termo emergência consiste em uma assistência imediata, em que oferece ameaça eminente à vida, sofrimento intenso (BRASIL, 2013). No entanto, muitos pacientes procuram atendimentos nas unidades de urgência e emergência pelo

fato de terem uma resposta imediata ou por não conseguirem suprir a sua demanda. Fato esse que favorece o grande aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência.

No que se refere a nível organizacional integrar tanto a RUE e a AB é um processo laborioso, porém os resultados são eficientes, no que tange as demandas de saúde de um usuário. Esta ideia surgiu do conceito de integração idealizado pela Organização Mundial de Saúde que associava este conceito à melhor forma de cooperação na que permitirá a maximização da eficácia nas respostas (OMS, 2008 apud NUNES; MATOS, 2021, p. 64).

Para exemplificar essa integração obteve-se um trabalho realizado em Portugal em que houve a integração dos cuidados entre a atenção primária e hospitalar. Nesse estudo é revelado que houve várias tentativas, porém não foi fácil fazer a conexão de forma satisfatória entre estes níveis (NUNES; MATOS, 2021). Outros autores internacionais como Delnoij, Klazinga e Velden (2003 apud NUNES; MATOS, 2021, p. 64), relatam que através da integração de cuidados se pode obter resultados da promoção da saúde, prevenção da doença e dos tratamentos realizados, pois retratam que mesmo após a alta hospitalar ou dos cuidados continuados é importantíssima a vigilância e o acompanhamento na atenção primária.

Dentro a presente pesquisa torna-se importante destacar o papel da enfermagem dentro dessa articulação de cuidados. Pois, a enfermagem é o profissional que recebe esse paciente, acompanha desde sua crise aguda até a sua reabilitação em seus diferentes níveis de atenção. O seu papel configura-se importante por contribuir para aumentar a qualidade no atendimento, facilitar a direção e encaminhamento do usuário já diagnosticado para o hospital e promover a visão do paciente como figura central do objeto dos cuidados de saúde (NUNES; MATOS, 2021).

1.6.3 Impacto da pandemia COVID-19 nas unidades de urgência e emergência

Entre estudos que avaliaram o tipo de atendimento de maior prevalência nos Serviços de Emergência na vigência da pandemia da COVID-19, o de Chang, Kang e Paek (2022) evidenciou que houve uma diminuição de atendimentos de pacientes com outras patologias em correlação com os pacientes com SARS-CoV-2. O número de casos graves em pacientes pediátricos aumentou, mas o período de internação não

sofreu alteração, enquanto o tempo de permanência de pacientes adultos aumentou. As internações por trauma em pediatria também sofreram incremento, corroborando os achados no estudo de Alves *et al.* (2020) que evidenciaram o aumento no número de hospitalizações por trauma cranioencefálico.

A pandemia da COVID-19 impôs aos indivíduos desafios e restrições, tal como o isolamento social, gerando sintomas negativos como ansiedade, depressão e tristeza, em alguns indivíduos, o que pode ocasionar o consumo e o abuso de substâncias que alteram o estado de consciência, o humor e os sentimentos (SCHRAM; DAL COL; BORTOLI, 2022). Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela infecção (REARDON, 2015).

Todos os estudos acima apontaram o aumento pela procura dos Serviços de Emergência majoritariamente por pacientes com COVID-19. Entretanto, Boserup, Mckenney e Elkbuli (2020), Giamello *et al.* (2020) e Harmon *et al.* (2021), salientaram que a baixa procura pelos Serviços de Emergência em função da pandemia e das restrições impostas por ela podem trazer prejuízo global para a saúde da população, aumentando o risco de morbimortalidade em decorrência de causas agudas ou crônicas sem acompanhamento. Já Vollmer *et al.* (2021) não evidenciaram alteração de risco de mortalidade, considerando a menor procura por atendimento de emergência nos pacientes sem COVID-19.

O número de atendimentos por dor torácica e infarto agudo do miocárdio diminuiu, sugerindo que algumas pessoas podem estar adiando a busca pelo atendimento para condições que podem resultar em mortalidade adicional se não forem tratadas. Isso é evidenciado pelo aumento da procura por atendimentos relacionados a parada cardíaca e fibrilação ventricular, além dos diagnósticos associados a doenças respiratórias inferiores, pneumonia e dificuldade para respirar (HARTNETT *et al.*, 2020).

Na literatura, estudos como o de Wang, Zhou e Liu (2020) apontam que os equipamentos de proteção individual aliados às medidas de higiene e treinamento adequado reduzem significativamente a possibilidade de contaminação dos trabalhadores.

Talarico *et al* (2021) enfatizam que, dentre as ações que foram implementadas para gerenciar as emergências em função da pandemia, uma das mais importantes tem

sido a reorganização dos serviços e proteção dos trabalhadores da área de saúde, para que possam cuidar dos pacientes com COVID-19 em segurança e salvar vidas.

Para Branco *et al.* (2020) o enfrentamento à COVID-19 e o atendimento dos pacientes acometidos exigiram do Serviço de Emergência uma reestruturação imediata. Houve necessidade de novos planos de contingência, baseados em experiências hospitalares a nível internacional, bem como a remodelação da assistência de todo o serviço de emergência. Novos protocolos e informações surgiam diariamente, a nível mundial, sendo necessário capacitar profissionais para os diferentes fluxos de atendimento e cuidados com a proteção individual.

Diante das circunstâncias vivenciadas durante a pandemia COVID-19, estudos mostram a necessidade de um plano de contingência para o enfrentamento da calamidade pública. Vianna *et al.* (2022) e Quah *et al.* (2020) em seus estudos mostraram que houve a criação de uma estrutura para o enfrentamento da COVID-19 nos Serviços de Emergência, das suas instituições, denominadas Gabinete de Crise e Centro de Comando e Controle Operacional.

Dessa forma, algumas medidas tomadas para a gestão organizacional adequar a estrutura física das unidades, gestão de recursos humanos, logística, operações, gestão de comunicação e informação, treinamento e capacitação dos profissionais. Os dois estudos destacaram a preocupação com a segurança dos profissionais. Quah *et al.* (2020) enfatizaram a disponibilização de EPI e treinamento para esse fim.

Segundo Wang, Zhou e Liu (2020) revelam que os equipamentos de proteção individual aliados às medidas de higiene e treinamento adequado contribuem para a redução da possibilidade de contaminação dos profissionais. Vianna *et al.* (2022) referem que sua instituição passou por desabastecimento de insumos, realidade enfrentada por instituições de saúde mundialmente.

Dessa forma, algumas ações foram executadas para gerenciar a crise provocada pela pandemia COVID-19, dentre vários estudos, destaca-se a pesquisa de Talarico *et al* (2021) onde as ações implementadas para gerenciar as emergências em função da pandemia foi a reorganização dos serviços e proteção dos trabalhadores da área de saúde, para que possam cuidar dos pacientes com COVID-19 em segurança e salvar vidas.

2 **REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Esta revisão integrativa da literatura foi realizada com o objetivo de identificar os mais recentes estudos sobre as demandas dos usuários e o fluxo de atendimento entre a atenção primária e os serviços de urgência e emergência.

Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 133) enfatizam que o método da revisão integrativa pode ser "incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação", pelo fato de viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e deforma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa.

A revisão integrativa foi desenvolvida conforme as seis etapas metodológicas proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Dessa forma, para auxiliar na construção da questão norteadora do estudo foi utilizado o acrônimo PICo, em que (P) população; (I) fenômeno de interesse; (Co) contexto, levando à definição da questão norteadora do estudo: Quais são os conhecimentos científicos referentes às demandas dos usuários e ao fluxo de atendimento entre serviços de urgência e emergência e a atenção primária?

Dessa forma, observa-se o acrônimo, em que a P: são os usuários de um serviço de urgência e emergência; I: demanda e o fluxo de atendimento; Co: serviço de urgência e emergência e a atenção primária.

Com a finalidade de nortear o estudo foi realizado um levantamento bibliográfico. A revisão foi realizada nos meses de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, através do Portal de Periódicos da Capes, no banco de dados de publicações médicas da *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos da América (Pubmed) e com acesso as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Rede Bireme: *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS). E nas bases SCOPUS (Elsevier) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Após preenchimento do acrônimo PICo obtiveram-se os seguintes descritores controlados do Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DECS/MESH): serviço hospitalar de emergência, atenção primária à saúde, triagem, mau uso dos serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, emergências, necessidades e demandas de serviços de saúde, serviços médicos de emergência e pacientes/usuários com o uso de seus respectivos sinônimos e nos idiomas português, inglês, espanhol e francês.

Somado a pesquisa, utilizaram-se os operadores boleanos como *"and"* e *"or"* entrando na busca eletrônica ajudando a aperfeiçoar os resultados dos artigos encontrados, em que *"and"* combina os termos da pesquisa para que cada resultado da pesquisa contenha todos os termos e *"or"* combina os termos da pesquisa para que cada resultado da pesquisa contenha no mínimo um dos termos e foram utilizados os sinais de aspas (“”) para auxiliar na busca quando utilizado palavras compostas.

Dessa forma, para estratégia de busca utilizou-se os seguintes termos na PubMed e adaptou-se a estratégia para as outras bases de dados: *"((("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Title] OR "Primary Healthcare"[Title] OR "Primary Care"[Title]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Accident and Emergency Department"[Title] OR "Emergency Department"[Title] OR "Emergency Departments"[Title] OR "Emergency Hospital Service"[Title] OR "Emergency Hospital Services"[Title] OR "Emergency Outpatient Unit"[Title] OR "Emergency Outpatient Units"[Title] OR "Emergency Unit"[Title] OR "Emergency Units"[Title] OR "Emergency Ward"[Title] OR "Emergency Wards"[Title] OR "Hospital Emergency Service"[Title] OR "Hospital Emergency Services"[Title] OR "Hospital Service Emergencies"[Title] OR "Hospital Service Emergency"[Title])) AND (("Triage"[Mesh] OR Triage*[Title] OR "Health Services Needs and Demand"[Mesh] OR "Health Services Needs and Demand"[Title] OR "Health Services Need"[Title] OR "Health Services Needs"[Title] OR Needs[Title] OR "Target Population"[Title] OR "Target Populations"[Title] OR "Health Services Misuse"[Mesh] OR "Health Services Misuse"[Title] OR overcrowding[Title]) AND ("Patients"[Mesh] OR patients[Title] OR client[Title] OR clients[Title] OR patient[Title] OR users[Title])"*

Assim, obtiveram-se os seguintes achados, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Resultado da estratégia de busca pelas bases de dados

BVS/ BIREME	97 artigos
Pubmed	107 artigos
Scopus	7 artigos
CINAHL	168 artigos
Total	**379 artigos**

Fonte: A Autora, 2022.

Para a seleção dos artigos utilizou-se o auxílio do aplicativo *Rayyan*, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute (QCRI)* como ferramenta para auxiliar na construção do banco de dados e na seleção de estudos primários na condução da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão foram: artigos com textos completos e que atendessem a questão norteadora do estudo e disponível nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. Foram utilizados como critérios de inclusão estudos publicados no período 2018 a 2022. Esse recorte temporal foi utilizado com o intuito de alcançar publicações contemporâneas sobre o tema. A busca ocorreu de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, conforme mencionado anteriormente.

Os critérios de exclusão foram: carta editorial, teses e dissertações. Justifica-se por não atender o critério de seleção para o estudo, incluindo apenas artigos originais.

É importante ressaltar que durante a seleção dos artigos observou-se que a maior parte dos estudos que correspondiam à temática era internacional e que nacionalmente os artigos achados, em sua grande maioria correspondiam há cinco anos ou mais.

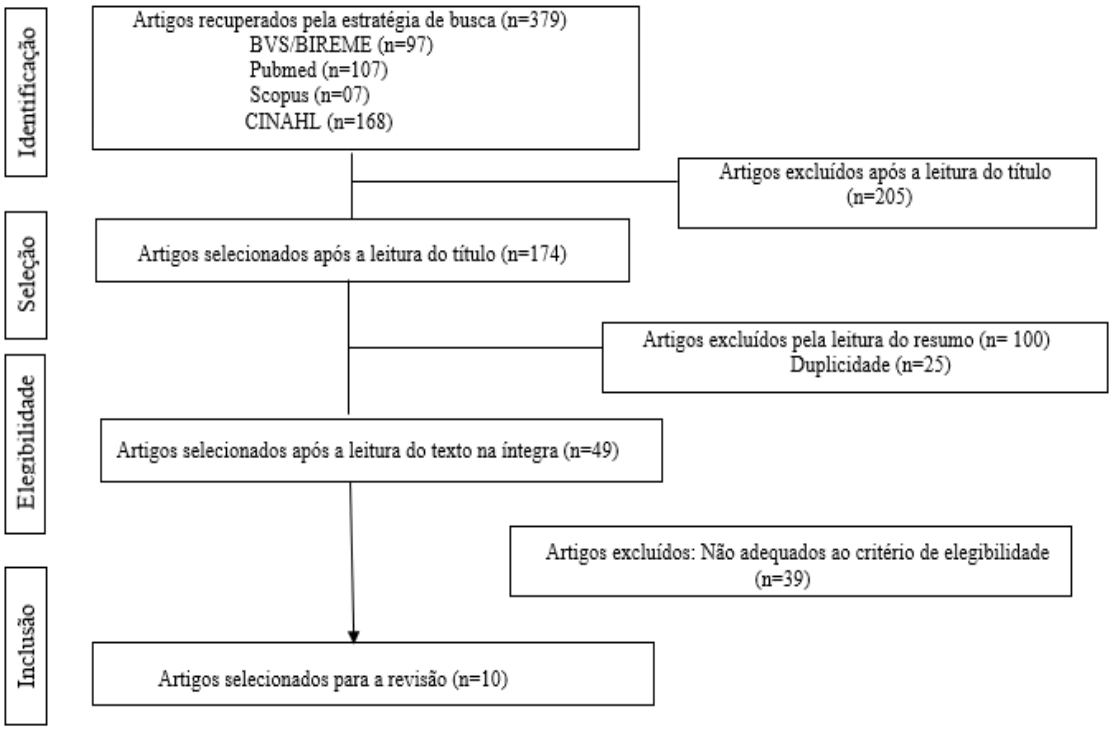
2.1 **Seleção dos estudos e extração dos dados**

Na busca prévia foram identificados 379 artigos. Depois de aplicados os critérios de elegibilidade, foram identificados 274 para revisão de título e resumo, dos quais 49 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 39 não correspondiam ao critério de elegibilidade. Sendo assim, 10 foram inclusos na revisão. Os detalhes da seleção se encontram na Figura 4. Após a extração dos dados, estes foram submetidos a uma

análise temática categorial, que consiste na leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto (OLIVEIRA, 2008).

A Figura 4 apresenta o fluxograma da distribuição dos artigos encontrados e selecionados nas bases de dados após a utilização da estratégia de busca e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Figura 4 - Fluxograma Prisma como etapa de busca da revisão integrativa e no processo de seleção dos artigos



Fonte: Adaptado de PAGE *et al.*, 2020, p. 19.

2.1.1 Resultados

Seguindo as etapas da revisão elaborou-se um quadro com a finalidade de extrair as informações e os principais dados de cada estudo selecionado. Este quadro foi composto pelos seguintes itens: título do artigo, ano/região, tipo de estudo, objetivo principal e os principais resultados.

Os artigos foram identificados por números e letras de A1 a A10, em ordem crescente de acordo com o ano da publicação, conforme listado no Quadro 2.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura (continua)

Nº	Artigos	Ano/Região	Tipo de estudo	Objetivo principal	Principais resultados
A1	(PRICE *et al.*, 2022) Patients' experiences of attending emergency departments where primary care services are located: qualitative findings from patient and clinician interviews from a realist evaluation. Experiências de pacientes de atendimento em departamentos de emergência onde estão localizados os serviços de atenção primária: achados qualitativos de entrevistas com pacientes e médicos a partir de uma avaliação realista.	2022/ Reino Unido	Revisão realista. Esta metodologia é uma forma de avaliação orientada pela teoria, que pergunta o que funciona, para quem, em que circunstâncias, e como. É adequada para a avaliação de sistemas complexos como cuidados de saúde porque permite insights profundos sobre os problemas a serem obtidos, e possíveis soluções para eles a serem proposto.	Identificar teorias sobre a experiência do paciente e a aceitabilidade de ser transmitida a um clínico geral em uma sala de emergência.	Descobrimos que os pacientes não tinham expectativas ou preferências quanto ao tipo de médico pelo qual eram atendidos, e quando eram atendidos, havia uma transmissão para um clínico de cuidados primários no pronto-socorro aceitável. Clínicos e pacientes relataram que os pacientes geralmente consideraram o fluxo de cuidados primários aceitável e sentiram que sua reclamação foi tratada adequadamente, em tempo hábil, e quando os médicos comunicaram-se claramente a necessidade de investigações, e como isso contribui para a tomada de decisões e planos de tratamento.
A2	(JEYARAMAN *et al.*, 2022) Impact of employing primary healthcare professionals in emergency department triage on patient flow outcomes: a systematic review and meta-analysis. Impacto do emprego de profissionais de saúde primários na triagem do departamento de emergência nos resultados do fluxo de pacientes: uma revisão sistemática e meta-análise.	2022/ Canadá	Ensaio clínico controlado / Revisão sistemática	Identificar, avaliar criticamente e resumir as evidências sobre o impacto da contratação de profissionais de saúde primários (Médicos de família / clínicos gerais (GPs), enfermeiros (NP) e enfermeiros com autoridade aumentada) na triagem do departamento de emergência (DE), no fluxo do paciente desfechos.	Nosso resultado primário foi o tempo para a avaliação inicial. Os resultados secundários incluíram tempo para triagem, proporção de pacientes que saíram sem serem vistos (LWBS), tempo de permanência (ED LOS), proporção de pacientes que saíram contra o conselho médico (LAMA), número de visitas repetidas ao ED e satisfação do paciente. Dois revisores independentes selecionaram estudos, extraíram dados e avaliaram a qualidade dos estudos usando o National Institute for. Essa é uma Ferramenta de avaliação de qualidade de Excelência em Saúde e Cuidados.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura (continuação)

A3	(KRÄMER; SCHREYÖGG, 2019) Substituting emergency services: primary care vs. hospital care. Substituindo os serviços de emergência: atenção primária versus atenção hospitalar.	Alemanha/ 2019	Estudo observacional, com uso de dados longitudinais extensos e modelos de efeitos fixos.	Investigar até que ponto as visitas ambulatoriais de emergência quanto as admissões de pacientes na emergência são substitutos para os serviços de emergência de atenção primária na Alemanha.	Mostra a substituição significativa entre serviços de emergência de cuidados primários e consultas ambulatoriais. Em relação aos determinantes, encontramos a maior substituição para pacientes mais jovens. Quanto mais acessível for o pronto-socorro hospitalar, maior será a substituição e encontrou-se uma substituição mais forte por pacientes não urgentes e internações de curta duração e idosos.
A4	(MINDERHOUT *et al*., 2019) Understanding people who self-referred in an emergency department with primary care problems during Office hours: a qualitative interview study at a Daytime General Practice Cooperative in two hospitals in The Hague, The Netherlands. Compreendendo as pessoas que se autoencaminharam para um departamento de emergência com problemas de atenção primária durante o horário de expediente: um estudo de entrevista qualitativa em uma cooperativa de clínica geral diurna em dois hospitais em Haia, Holanda.	Haia, Holanda do Sul/ 2019	Estudo qualitativo	Fornecer informações sobre os motivos do hospital de autorreferência durante o horário de expediente e as barreiras que impedem a consulta do clínico geral na atenção primária.	Os motivos mais frequentes por trás da autorreferência durante o horário do expediente são os da conveniência, necessidades médicas, entre outros. As barreiras encontradas foram: a logística, o não agendamento de consulta para clínico geral, o tempo de espera para as consultas, pouca disponibilidade e acessibilidade ao atendimento por telefone para o agendamento de consulta de clínica médica.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura (continuação)

A5	(TAPIA *et al.*, 2021) Assessing Challenges with Access to Care for Patients Presenting to the Emergency Department for Non-Emergent Complaints. Avaliando os desafios no acesso ao atendimento para pacientes que se apresentam ao departamento de emergência por queixas não emergentes.	Bethesca, Estados Unidos (EUA)/ 2021	Estudo prospectivo onde com os pacientes que entravam no pronto-socorro do Brooke Army Medical Center com um índice de gravidade de emergência de 4 ou 5 (triagem não emergente) durante a sua visita. Em seguida, vinculou-se os dados da pesquisa à visita ao pronto-socorro, incluindo intervenções, diagnósticos usando o prontuário eletrônico.	Entender melhor as razões pelas quais os pacientes escolhem o DE em vez de seus gerentes de atenção primária.	A percepção do paciente com dificuldade em obter consultas parece ser um componente importante do uso do departamento de emergência para visitas não emergenciais. Dentro do nosso conjunto de dados, a maioria dos pacientes pesquisados afirmou ter dificuldade em obter uma consulta oportuna ou autorrelatada como uma emergência. Os dados sugerem que a maioria dos pacientes pesquisados pode ser tratada no ambiente de cuidados primários.
A6	(BRASSEUR, 2021) Emergency department crowding: why do patients walk-in? Lotação do pronto-socorro: por que os pacientes entram?	Bélgica/ 2019	Estudo em pacientes admitidos em dois Pronto socorro universitários durante nove dias consecutivos. Os pacientes foram convidados a responder a uma pesquisa sobre seus quadros para vir e se eles foram auto-referidos, encaminhados por um médico de família, um especialista ou após ligar para o número de emergência.	Determinar os drivers e racional motivando os pacientes a chegar ao pronto-socorro ao invés de usar os recursos da atenção primária	Descobrimos que a gravidade da doença autopercebida pelos pacientes é o quadro predominante para cada departamento de emergência, quando eles enfrentam necessidades de cuidados agudos. Acessibilidade dos departamentos de emergência em comparação com outras instalações também parecem encorajar os pacientes a virem ao pronto-socorro. Outros fatores, como o hospital a reputação ou o estresse dos pacientes tendem a influenciar o atendimento ao pronto-socorro, mas em muito menor grau.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura (continuação)

A7	(CUSIDÓ *et al*., 2022) Predicting Hospital Admissions to Reduce Crowding in the Emergency Departments Prevendo internações hospitalares para reduzir a aglomeração nos departamentos de emergência	Catalunha, Espanha/ 2022	Análise retrospectiva de todas as visitas aos Departamentos de Emergências dos hospitais incluídos no Sistema Integral de Saúde para Uso Público na Catalunha de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018, contendo 3.189.204 observações (após a fase de pré-processamento).	Desenvolver um modelo preciso de predição para internações no Sistema Integral de Saúde para Uso Público na Catalunha.	Uma máquina de aumento de gradiente é uma ferramenta poderosa para usar em modelos preditivos de resultados binários. Os resultados mostram que os dados coletados no momento da chegada ao pronto-socorro podem ser utilizados para predizer com precisão as internações hospitalares e que um modelo que inclua dados de uma rede hospitalar abrangente tem um melhor desempenho preditivo quando comparado a um modelo semelhante desenvolvido com dados de apenas um único centro de saúde.
A8	(HEHN; BUENO, 2020) Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do Sul do Brasil.	Rio Grande do Sul, Brasil/ 2020	Trata-se de um estudo epidemiológico e transversal dos 53.949 registros realizados no ano de 2017, submetidos às técnicas de análise descritiva e inferencial de dados.	Analisar o perfil dos atendimentos realizados em um pronto atendimento privado do Sul do Brasil.	O estudo sugere diferenças geracionais e de gênero capazes de interferir na acessibilidade e na utilização do serviço, bem como no comportamento sazonal dos casos entre os dias da semana. A demanda atendida no serviço não se caracteriza, somente, por situações de urgência e de emergência, fato justificado pela garantia de acolhimento independente da complexidade clínica.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa de literatura (conclusão)

A9	(UBIALI *et al.*, 2020) Frequent-users of emergency department: a mixed-methods observational retrospective study in Emilia-Romagna (Italy). Usuários frequentes do departamento de emergência: um estudo retrospectivo observacional de métodos mistos em Emilia-Romagna (Itália).	Itália/ 2022	Estudo retrospectivo observacional unicêntrico com análise quali-quantitativa	Descrever as características dos usuários frequentes e avaliar a confiabilidade dos sistemas de informação do serviço de emergência.	Os usuários frequentes sofrem de doenças múltiplas e crônicas, que não são capturadas pelo sistema de informação do serviço de emergência. A adoção de uma abordagem centrada no paciente, orientada para condições crônicas, pode resultar em informações mais ricas e para um melhor gerenciamento dos usuários frequentes.
A10	(TIMMINS; PEIKES; MCCALL, 2020) Pathways to reduced emergency department and urgent care center use: Lessons from the comprehensive primary care initiative. Caminhos para a redução do uso do pronto-socorro e do centro de atendimento de urgência: lições da iniciativa de atenção primária integral.	Estados Unidos/ 2020	Usamos dados ao nível do paciente de 117.391 consultas de emergência de dois hospitais não urbanos em Portugal para estimar uma regressão logística multivariada que avalia o impacto de diferentes modelos de APS em consultas inadequadas de emergência.	Determinar a associação entre uma rede primária multipagadora em larga escala, um redesenho de cuidados (a Iniciativa de Atenção Primária Integral em um ambulatório de um departamento de emergência (DE) e centro de atendimento de urgência (UCC). E identificar os tipos de visitas que impulsionam as tendências gerais observadas.	Os resultados sugerem que o maior acesso à prática e a atenção primária mais eficaz contribuem para o menor crescimento nas consultas de emergência e centro de atendimento de urgência (UCC) .

Fonte: A Autora, 2022.

Na base de dados MEDLINE foi encontrado o seguinte quantitativo, por descritor: “serviço hospitalar de emergência” - 37 artigos; “emergências e necessidades” e “demandas de serviços de saúde” - quatro artigos; “atenção primária à saúde” - 29 artigos; “triagem e mau uso dos serviços de saúde” - 13 artigos; “acesso aos serviços de saúde” - 2 artigos. Dentre esses artigos apenas 43 encontravam-se com textos completos, 42 em inglês e 1 em francês. No entanto, 24 artigos não correspondiam ao tema e 2 eram repetidos.

Na base de dados IBECS, todos os artigos encontrados foram aproveitados, pois correspondia a temática estudada. Já na BDENF e LILACS, os artigos eram iguais e apenas 1 estava dentro do eixo estudado. No Portal Pubmed e na base de dados SCOPUS, totalizaram 114 artigos, com 107 na Pubmed e 7 na SCOPUS.

Na base de dados CINHAL foram encontrados 168 artigos. Utilizaram-se os seguintes descritores *emergency service, primary health care, health services accessibility, emergency care, triage e emergency medical services*. Após as exclusões totalizaram-se 147 artigos.

Foram encontrados 119 artigos relacionados aos descritores *emergency service e primary heath care*. Para os descritores *health services accessibility* e *emergency care* obtiveram-se 26 e 13 artigos, respectivamente. E ainda, os termos *triage* e emergency *medical services* totalizam 3 e 6 artigos, nessa ordem.

Após a leitura na íntegra foram selecionados 10 artigos, os quais correspondiam à temática estudada. O resumo das características gerais dos estudos incluídos foi: 80% (8 artigos) são internacionais e apenas 10% (1) são nacionais. Inferiu-se que as publicações que melhor respondiam à questão do estudo foram de cunho internacional e que as publicações nacionais se encontravam muito antigas. Observou-se a necessidade de mais publicações nacionais acerca dessa temática.

Os dez artigos foram de diferentes países, tais como: Reino Unido, Brasil, Canadá, Alemanha, Holanda, Bethesca (EUA), Fort Sam Houston (EUA), Washington (EUA), Bélgica, Itália e Espanha. Todos os estudos foram publicados entre o período de 2019 a 2022. A maior parte dos artigos demonstraram a dificuldade de agendamento das consultas de clínica médica na atenção primária e a acessibilidade aos serviços de saúde são os principais motivos que levam aos pacientes/usuários a procurarem o serviço de emergência.

2.1.2 Discussão

Realizou-se a análise temática categorial dos artigos selecionados para fins de categorização dos dados, emergindo assim, duas categorias: I- Barreiras encontradas pelo usuário na utilização do serviço de saúde e II- Medidas resolutivas para otimizar o fluxo de atendimento.

Categoria I: Barreiras encontradas pelo usuário na utilização do serviço de saúde

A revisão considera que barreiras como: logística, o não agendamento de consultas, pouca acessibilidade e disponibilidade ao atendimento são motivos que estimulam os pacientes/usuários se autorreferenciarem para unidade de pronto atendimento (MINDERHOUT *et al*., 2019). Tendo sido identificado em 100% (10) dos estudos selecionados que um maior acesso aos serviços na atenção primária resultará na diminuição das consultas de emergência e na utilização dos centros de urgência.

Apenas um estudo apresenta que diferenças geracionais e de gênero interferem na acessibilidade e na utilização dos serviços, fato esse que demonstra que a demanda do atendimento não se caracteriza, somente, por ocasiões de urgência e emergência, pois há a necessidade da garantia de acolhimento independente da complexidade da clínica (HEHN, R.; BUENO, 2020).

Em uma pesquisa realizada no *Brooke Army Medical Center* que é a principal instituição médica do Exército dos Estados Unidos foi avaliada o porquê os pacientes procuraram o serviço de emergência. Dessa forma, os resultados obtidos foram: a incapacidade de obter-se uma consulta oportuna (n = 73) e uma emergência autorreferida (n = 58) foram os motivos mais comuns relatados. A maioria dos pacientes teriam utilizado a atenção primária se tivesse uma consulta na manhã seguinte disponível (n=86), mas muitos relataram que teriam utilizado o pronto-socorro independentemente da disponibilidade da atenção primária (n=77) (TAPIA *et al.*, 2021).

Categoria II: - Medidas resolutivas para otimizar o fluxo de atendimento

Um estudo no Reino Unido e no Canadá sugere a presença de um clínico geral de atenção básica durante o acolhimento na emergência. Essa sugestão contribui para a redução do tempo para as consultas e na resolutividade dos problemas de saúde de atenção primária. Outro fato mencionado foi à inclusão de um enfermeiro na equipe de acolhimento e o acompanhamento das consultas via *email*, essas medidas são eficazes na redução do tempo para as consultas (TIMMINS; PEIKES; MCCALL, 2020).

A literatura indica a adoção de uma abordagem centrada no paciente com doenças crônicas, pois isso contribui para o gerenciamento do fluxo de usuários/pacientes mais frequentes na emergência (UBIALI *et al.*, 2020). Porém, alguns consideram que quanto mais acessível for à emergência maior será essa substituição pelos pacientes/usuários com necessidades não urgentes (KRÄMER; SCHREYÖGG, 2019).

Um estudo de método misto observacional realizado na Itália revela que os usuários que sofrem de doenças múltiplas e crônicas são os que comparecem com mais frequência ao serviço de emergência. Dessa forma, sugere a adoção de uma abordagem centrada no paciente, orientada para condições crônicas, podendo resultar em informações mais ricas para um melhor gerenciamento desses usuários (UBIALI, 2020).

Convém ressaltar que os resultados obtidos em uma pesquisa em Portugal sugerem que o maior acesso à prática e a atenção primária mais eficaz contribuem para o menor crescimento nas consultas de emergência e centro de atendimento de urgência (UCC) (TIMMINS; PEIKES; MCCALL, 2020).

Recomenda-se que esta temática seja abordada no processo de construção do fluxo de atendimento, nos serviços de atenção à saúde, entre os gestores e profissionais de saúde. Os enfermeiros, bem como a equipe multiprofissional que atuam diretamente com paciente/usuário, devem ter entendimento sobre o funcionamento do fluxo de atendimento e eventuais encaminhamentos, pois dessa forma, podem contribuir para descentralização e melhor distribuição dos atendimentos garantindo uma assistência qualificada e direcionada.

3 **METODOLOGIA**

3.1 **Delineamento geral do estudo**

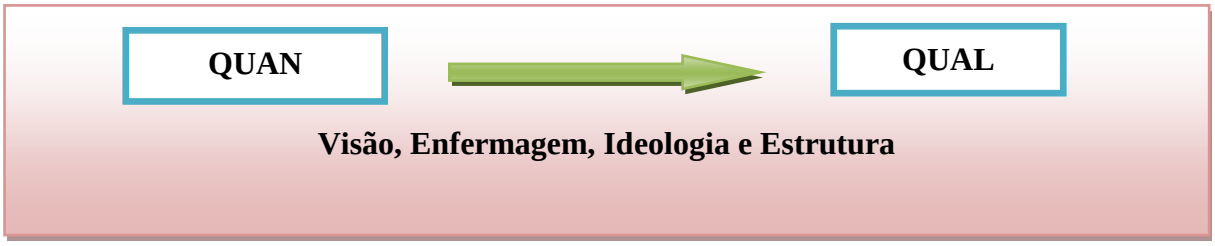
Trata-se de um estudo de método misto, o qual consiste na coleta, análise e integração dos dados qualitativos e quantitativos, o que contribui para a melhor compreensão do problema de pesquisa. A estratégia utilizada foi a sequencial transformadora, sendo atribuído o mesmo peso às fases quantitativa e qualitativa (CRESWELL, 2014). Os dados obtidos na fase quantitativa serviram de embasamento para interpretação e construção do Plano de Ação a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem.

O método misto permitiu uma visão mais ampla, pois a combinação dos dados quantitativos e qualitativos resultaram na integração das informações, tendo como ponto forte a diminuição das limitações do estudo (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021). Dessa forma permitiu-se uma melhor compreensão da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde dentro do serviço de urgência e emergência, sob uma ótica mais detalhada, fortalecendo ainda mais a consistência dos dados colhidos nesta pesquisa.

Na estratégia sequencial transformadora tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa podem ser utilizadas primeiro e ainda existe a possibilidade do uso das duas ao mesmo tempo. Nota-se que esse tipo estratégia de método misto tem a finalidade empregar métodos que melhor atendem à perspectiva teórica do pesquisador, pois os resultados das duas fases são integrados durante a fase de interpretação (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021).

Dessa forma, consegue-se atender diferentes perspectivas, a fim de se entender melhor um fenômeno ou um processo que está mudando pelo fato de estar sendo estudado (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021). Esse fato é determinante e mais importante do que o simples uso do método dentro dessa tipologia, pois ao contrário das técnicas exploratórias e explanatórias sequencias, nesse modelo transformador o que guia o estudo é a perspectiva conceitual, a qual pode ser embasada por uma estrutura conceitual, uma ideologia específica, ou até mesmo uma reivindicação (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021). A Figura 5 ilustra a versão prototípica do projeto sequencial transformador e o Quadro 3 detalha as características dessa estratégia sequencial transformadora.

Figura 5 - Versão prototípica do projeto transformador sequencial



Fonte: Adaptado de CRESWEL; CLARK, 2013, p. 217.

Quadro 3 – Características da estratégia transformadora sequencial

Tipo de estratégia	Características	Maior peso	Objetivo
Estratégia transformativa Sequencial	Fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida da segunda fase (qualitativa ou quantitativa) a partir da fase anterior	Pode ser atribuído a uma das fases ou distribuído igualmente a ambas	Explorar um problema

Fonte: Adaptado de CRESWEL; CLARK, 2013, p. 218.

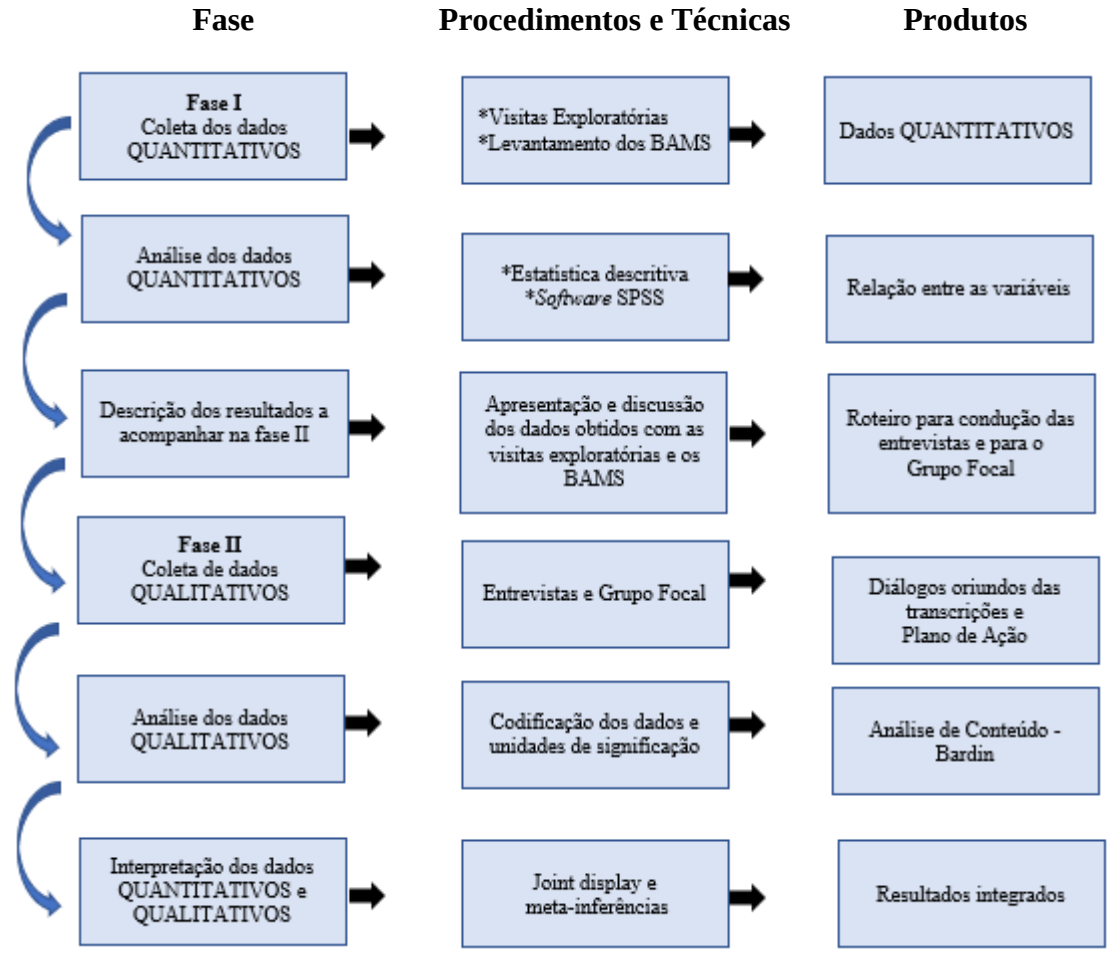
A abordagem quantitativa foi transversal e descritiva com levantamento e análise documental dos registros disponíveis no serviço de urgência e emergência da policlínica e dados objetivos obtidos por observação sistemática em visitas exploratórias nas unidades básicas de saúde. A abordagem qualitativa utilizou o método de pesquisa participativa através de entrevistas com os profissionais de saúde e grupo focal com os profissionais de enfermagem. Para garantir a qualidade metodológica deste estudo foram utilizados os checklists: *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) para a fase quantitativa (CEVALLOS; EGGER, 2014) e *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para a fase qualitativa (BOOTH *et al.* 2014). Também foi utilizada a *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), que é uma ferramenta para avaliar a qualidade de estudos mistos (HONG *et al.*, 2018).

Os dados quantitativos foram necessários para caracterizar as Unidades Básicas de Saúde do município e o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários da unidade de emergência e urgência. A análise destes dados se deu por meio de estatística descritiva e inferencial. Os dados desta fase possibilitaram, também, selecionar e caracterizar grupos amostrais para a etapa qualitativa (CRESWELL; CLARK, 2013).

A abordagem qualitativa foi dividida em duas etapas: na primeira foram realizadas as entrevistas com os profissionais de saúde, acerca dos resultados quantitativos e, a seguir, utilizou-se a pesquisa participativa para construção de um Plano de Ação elaborado em conjunto com a equipe de profissionais de enfermagem em grupos focais.

A coleta de dados foi iniciada com visitas exploratórias às Unidades Básicas de Saúde do município, que foram realizadas antes da pandemia da COVID- 19, entre janeiro e fevereiro de 2020. A coleta de dados quantitativos dos Boletins de Atendimento Médico (BAMs) ocorreu durante a vigência da pandemia, entre outubro de 2021 a fevereiro de 2022. As entrevistas e o grupo focal foram realizadas num período de desmobilização da estrutura de atendimento à pandemia (maio a outubro de 2022), quando a incidência de casos de COVID-19 já estava bastante reduzida. Diante disso, houve a necessidade de entender como esse fenômeno impactou à organização da demanda de atendimento da unidade estudada. A Figura 6 ilustra o desenho do estudo.

Figura 6 - Desenho do estudo



Fonte: Adaptado de CRESWEL; CLARK, 2013, p. 73.

3.2 **Cenário do estudo**

O cenário principal do estudo foi a unidade de urgência e emergência uma Policlínica, responsável pelo atendimento dos 34.898 residentes no município (IBGE, 2021). As Unidades Básica de Saúde (UBS) do município também foram visitadas na fase exploratória do estudo, para contextualizar a análise das demandas de atendimento da unidade de urgência e emergência da Policlínica Municipal.

Convém ressaltar que a Policlínica escolhida é definida pelo Ministério da Saúde como unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, sendo possível ainda ofertar outras especialidades não médicas, podendo ou não oferecer: SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e Pronto Atendimento. Atualmente, devido à alta demanda e às dificuldades de vagas para transferências pelo sistema de regulação, e considerando ser a única Policlínica no município, os usuários encontram-se internados por um longo período (BRASIL, 2006b).

A Policlínica possui as seguintes especialidades: Pediátrica e Clínica Médica. Sua estrutura caracteriza-se por: consultório para ECG; exames de apoio e diagnóstico: RX e exame laboratorial; sala para acolhimento; sala de estabilização (sala vermelha) com dois leitos e uma maca; uma sala amarela com cadeiras para observação; sete leitos para internação (um de isolamento); três leitos para internação pediátrica; central de material de esterilização; farmácia; sala da supervisão administrativa, sala da coordenação de enfermagem e sala do Núcleo Interno de Regulação (NIR). O transporte de paciente é realizado através de duas ambulâncias que existem na unidade.

As UBS são unidades que funcionam como porta de entrada de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo atender até 80% dos problemas de saúde da população. Dessa forma, não ocorre a necessidade de encaminhar os pacientes para outros serviços da rede de saúde, como hospitais e emergências. Vale lembrar que a atenção básica executa ações de saúde individualmente e coletivamente com a finalidade de promover e proteger a saúde dos usuários e ainda prevenir os agravos. (BRASIL, 2006b).

Ressalta-se que os serviços da atenção básica vão além da promoção e prevenção, pois o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde também fazem parte do seu contexto. Assim, as Unidades Básicas de Saúde têm a missão de abraçar com equidade sua população adscrita dentro dos territórios adstritos. Por muitas vezes tem-se uma cobertura

de 100%, porém os serviços oferecidos não conseguem atender as demandas da população adscrita. (BRASIL, 2006b).

No município estudado na presente pesquisa, as UBS totalizam 12 unidades, que abrangem 100% da população adscrita em seus territórios. Dessa forma, conta com os seguintes profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas em algumas unidades, técnicos de enfermagem e técnicos de higiene dental.

Além de oferecer os serviços de pré-natal, vacina, puericultura, curativos, planejamento familiar, teste do pezinho, teste rápido de sífilis e HIV, teste rápido de gravidez, prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infectocontagiosas, acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias; ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade, acolhimento e identificação da necessidade médica, consultas individuais e coletivas feitas por médicos, enfermeiros e dentistas, visita e atendimento domiciliar e cuidados para a saúde bucal.

Durante a pandemia o serviço de urgência e emergência foi reestruturado. Os pacientes que chegavam ao acolhimento da Policlínica com sintomas de síndromes gripais eram direcionados para um container onde faziam a triagem e eram atendidos por profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Se porventura, algum paciente internado na Policlínica estivesse com sintomas característicos da COVID-19 era realizado a testagem e se caso fosse positivo, esse era isolado e transferido o mais rápido possível.

Em abril de 2022, com a redução da incidência de casos de COVID-19, o container foi desativado. Ressalta-se que tal medida foi possível devido aos efeitos positivos da vacinação, pois houve a redução do número de casos, casos graves e internações. Segundo os pesquisadores do Observatório COVID-19 da Fiocruz, ainda existem muitas internações e óbitos, porém a vacinação impede que eles subam em igual velocidade ao número de casos. Os impactos deixados pela pandemia, inevitavelmente, ainda impactam na demanda dos serviços de saúde (DAUMAS *et al.*, 2020).

3.3 **Delineamento da etapa quantitativa**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p. 77) definem pesquisa transversal um estudo em que o fator e o efeito são observados em um mesmo momento.

3.3.1 Procedimentos de coleta de dados da etapa quantitativa

a) Visitas exploratórias com observação sistemática

A observação sistemática foi realizada em visitas exploratórias nas UBS. O objetivo foi descrever os serviços oferecidos e colher dados sobre o funcionamento das unidades. Esses dados foram apresentados aos profissionais de saúde durante as entrevistas.

A observação sistemática recebe várias designações: estruturada, planejada, controlada. Nela pode-se utilizar vários instrumentos para a coleta dos dados ou fenômenos observados dentro da observação sistemática, como: quadros, anotações, escalas, dispositivos mecânicos, câmeras, entre outros. Assim, o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação; é objetivo, reconhece possíveis erros e elimina sua influência sobre o que vê ou recolhe **(**MARCONI; LAKATOS, 2021).

Na observação sistemática o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação **(**MARCONI; LAKATOS, 2021). No estudo foi elaborado um roteiro para a observação sistemática (aspecto C), este norteou a observação e contribuiu para que os profissionais de saúde pudessem ampliar a sua visão e opinar com maior propriedade acerca dos serviços oferecidos dentro das UBS.

Dessa forma, é impossível observar-se todos os aspectos. Por isso, a observação é sempre seletiva. E para garantir razoável nível de objetividade é necessário que o registro da observação esteja subordinado a algum tipo de amostragem, o que não é tão simples como nas pesquisas que adotam técnicas de interrogação. O tipo de amostra utilizado na pesquisa foi a amostragem *ad libitum* (à vontade) em que o observador anota o que é visível e potencialmente relevante **(**MARCONI; LAKATOS, 2021). O período da observação

sistemática desta pesquisa foi de janeiro a fevereiro de 2021. Foram visitadas 12 unidades básicas de saúde. Abordou-se os profissionais de enfermagem das unidades básicas para efetuar o levantamento de dados.

Os dados das observações sistemáticas foram coletados através de um formulário (APÊNDICE C), no qual foram registrados os seguintes itens:

Identificação: Nome da UBS e localização.

Aspectos observados nas unidades: Dados específicos da unidade básica de saúde, quantidade de equipe de saúde da família, quantidade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), quantidade de enfermeiras (o)s na unidade, quantidade de médicos na unidade e quais especialidades médicas existentes na UBS.

b) Levantamento documental - Boletins de Atendimentos Médicos (BAMS)

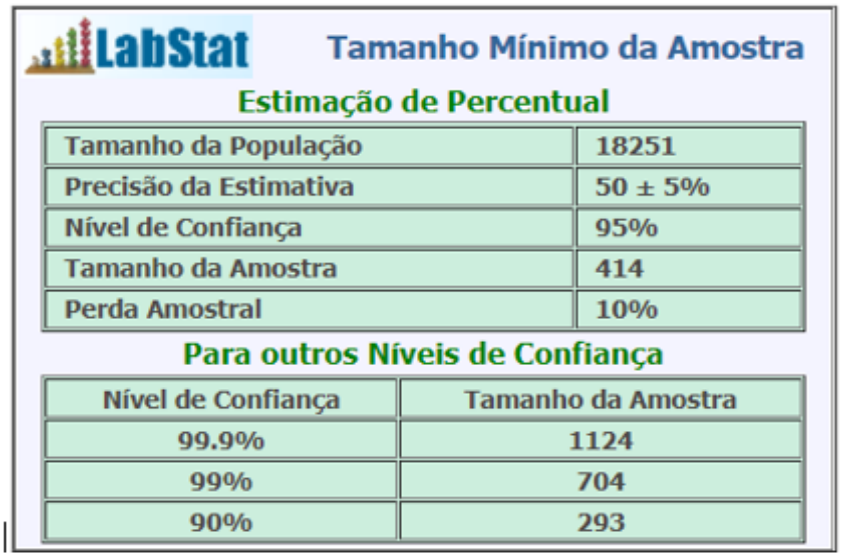
Em um segundo momento foi realizado um levantamento documental através dos Boletins de Atendimentos Médicos (BAMS). Assim, destaca-se como características da pesquisa documental uma fonte de coleta de dados que está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2021).

A partir dessas informações classifica-se os dados levantados, nesse caso, a classificação é primária (dados compilados pelo autor) e contemporâneos, e ainda se define o tipo de documento que é escrito e de fonte pública (municipal) **(**MARCONI; LAKATOS, 2021). Nesse estudo utilizou-se uma amostra probabilística aleatória simples. Isso significa que a escolha aleatória dos pesquisados, significa o aleatório e que a seleção se faz de forma que cada membro da população tenha a mesma probabilidade de ser escolhido. Dessa maneira é permitido a utilização de tratamento estatístico, o que possibilita compensar erros amostrais e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra **(**MARCONI; LAKATOS, 2021).

A partir das amostras documentais representativas realizou-se um cálculo amostral, utilizando um nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%. O período da coleta de dados foi de seis meses, de março a setembro de 2021, totalizando uma amostra de 18251 BAMS. Mediante isso, utilizou-se um software estatístico para realizar o cálculo de amostra aleatória simples de 414 BAMS, encontrado após cálculo realizado no Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web (SestatNET). Convém lembrar que, para fins estatísticos

uma amostra de qualidade é aquela que tem boa representatividade e significância, conforme demonstrado na Figura 7 a seguir.

Figura 7 - Cálculo amostral utilizado para traçar o perfil de atendimento da unidade de saúde pelo SestatNET, 2022



LabStat — Tamanho Mínimo da Amostra

Estimação de Percentual

Tamanho da População	18251
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	414
Perda Amostral	10%

Para outros Níveis de Confiança

Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	1124
99%	704
90%	293

Fonte: NASSAR; WRONSCKI; OHIRA, 2015, *online*.

A observação sistemática e os levantamentos documentais possibilitaram um conhecimento mais aprofundado acerca da demanda dos atendimentos na rede de urgência e emergência, do perfil dos usuários, dos serviços oferecidos na atenção básica de saúde e do entendimento do motivo da busca pelo atendimento. Dessa forma, os dados quantitativos foram integrados à parte qualitativa do estudo, aprimorando a compreensão sobre a dinâmica da RAS em um município situado no estado do Rio de Janeiro.

3.3.2 Variáveis estudadas

Foram estudadas variáveis coletadas através dos Boletins de Atendimentos Médicos (BAMs). Para isso foi utilizado um roteiro (Apêndice B) com os seguintes dados: sexo, idade, clínica, município, bairro, UBS e motivo da busca pelo atendimento. Esses dados brutos foram o suficiente para traçar o perfil da população que mais busca a unidade de urgência e emergência do referido município.

A definição de variável refere-se a uma característica ou atributo de um indivíduo ou de uma organização que pode ser medida ou observada e que varia entre as pessoas ou organizações que estão sendo estudadas (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021). Dessa forma, no presente estudo são apresentados dois tipos de variáveis as dependentes e as independentes.

Tem-se as dependentes como aquelas que dependem das variáveis independentes são as consequências ou os resultados da influência das independentes. E as independentes as que são aquelas que influenciam ou afetam os resultados em estudos experimentais. Elas são descritas como independentes porque são manipuladas em um experimento e, assim, independentes de todas as outras influências (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021).

Como classificação das variáveis foram analisadas e definidas como variáveis qualitativas (ou categóricas) são aquelas que possuem características que não possuem valores quantitativos, mas, ao contrário, são definidas por várias categorias, ou seja, representam uma classificação dos indivíduos. Podem ser nominais ou ordinais. Variáveis nominais: não existe ordenação dentre as categorias. Exemplos: sexo, cor dos olhos, fumante/não fumante, doente/sadio. Já as ordinais existem uma ordenação entre as categorias. Exemplos: escolaridade (1o, 2o, 3o graus), estágio da doença (inicial, intermediário, terminal) (CAPP; NIENOV, 2020).

No estudo, foram apresentadas as seguintes variáveis dependentes e independentes categóricas nominais e uma ordinal, como segue nos quadros abaixo (Quadro 4 e Quadro 5):

1. Variáveis dependentes:

Quadro 4 – Variável sexo

Variável sexo (Nominal - Dicotômica)
Masculino
Feminino

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 5 – Variável faixa etária

Variável faixa etária (Ordinal)		
Classificação		
Pediatria	Pediatria	0 > e <=12 anos
Clínico	Adolescente	13 > e <=18 anos
	Adulto	18> e <=59 anos
	Idoso	60 >=

Fonte: A autora, 2022.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2007).

Vale destacar que ocorre um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde. Adolescência e juventude são condições sociais parametrizadas por uma faixa etária. Embora se confundam e sejam utilizados como sinônimos, são conceitos diferentes (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que adolescente é o indivíduo entre 12 e 18 anos incompletos. Já o termo jovem costuma ser utilizado para designar a pessoa entre 15 e 29 anos, seguindo a tendência internacional. Assim, podem ser considerados jovens os adolescentes-jovens (entre 15 e 17 anos), os jovens-jovens (com idade entre os 18 e 24 anos) e os jovens adultos (faixa-etária dos 25 aos 29 anos) (BRASIL, 1990).

A faixa etária utilizada no estudo baseou-se no ECA e é a mesma utilizada na Policlínica.

Quadro 6 – Variável tipo de atendimento

Variável tipo de atendimento (Nominal)		
Classificação		
Pediatria	Pediatria	0 > e <=12 anos
Clínico	Adolescente	13 > e <=18 anos
	Adulto	18> e <=59 anos
	Idoso	60 >=

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 7 – Variável município

Variável município (Nominal)
Tanguá
Itaboraí
Outro

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 8 - Variável número de atendimentos por áreas programáticas de acordo com o local de moradia

Variável: Número de atendimentos por áreas programáticas de acordo com o local de moradia (Nominal)
Unidade de Saúde da Família Ampliação I
Unidade de Saúde da Família Ampliação II
Unidade de Saúde da Família Vila Cortes I
Unidade de Saúde da Família Vila Cortes II
Unidade de Saúde da Família Bandeirantes I
Unidade de Saúde da Família Bandeirantes II
Unidade de Saúde da Família Centro I
Unidade de Saúde da Família Centro II
Unidade de Saúde da Família Duques
Unidade de Saúde da Família Pinhão I
Unidade de Saúde da Família Pinhão II
Unidade de Saúde da Família Posse dos Coutinhos

Fonte: A autora, 2022.

2. Variável Independente (Desfecho):

Quadro 9 - Variável motivo da busca de atendimento na unidade de urgência e emergência

Variável: Motivo da busca de atendimento na unidade de Urgência e Emergência (Nominal)
Procedimentos Técnicos
Acidentes e Traumatismos
Patologias do Sistema Respiratório e Sintomas Gripais
Patologias do Sistema Músculo Esquelético
Patologias do Sistema Genital e Urinário
Patologia do Sistema Cardiovascular
Patologias do Sistema Tegumentar
Patologias do Sistema Gastrointestinal
Queixas Inespecíficas
Outros

Fonte: A autora, 2022.

3.3.3 Tratamento e análise dos dados quantitativos

Os dados coletados foram tratados através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 22.0 for *Windows*.

Os dados foram submetidos à estatística descritiva simples, com cálculo das frequências absolutas e relativas, desvio padrão, mínima, máxima, mediana, e apresentados em forma de tabelas, e gráficos. Para avaliação da associação entre as variáveis dependentes (sexo, idade, clínica, bairro, município e UBS) e entre a variável independente (motivo da busca pelo atendimento) foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados estatisticamente significativos, aqueles cujas associações apresentaram $p<0,05$. Para medir a força entre a associação das variáveis dependentes e independentes foi realizado teste de correlação de Pearson entre as variáveis dependentes (sexo, idade, clínica, bairro, município e UBS) e a variável independente motivo da busca pelo atendimento.

3.4 **Delineamento da etapa qualitativa**

No presente estudo foi utilizada a metodologia de pesquisa participativa para elaboração de um Plano de Ação em conjunto com a equipe de enfermagem da unidade de urgência e emergência. Esse método produz conhecimentos, os participantes adquirem experiência e contribuem nas discussões. Através dele os pesquisadores/participantes, por meio dos grupos de trabalho, desenvolvem produtos/serviços em benefício da Unidade e da população (THIOLLENT, 2008).

Este método surgiu na América Latina como meio para alcançar a articulação de grupos marginalizados, e sua estratégia consistia em fomentar o processo de formação de consciência crítica das comunidades para sua inserção em processos políticos de mudança (BRANDÃO; STRECK, 1999). Pode ser definida como uma modalidade de pesquisa que tem como propósito "auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas" (LE BOTERF, 1984, p. 52).

No Brasil, a pesquisa participante cresce na área de pesquisa educacional. É derivada da observação antropológica, onde o pesquisador se insere, é aceito, participa dos eventos do grupo para entender a situação vivenciada por esse grupo. Assim, se compromete com as causas populares mais relevantes. Por sua vez, a pesquisa-ação é algumas vezes distinguida da pesquisa participante pelo fato de focalizar ações ou transformações específicas que exigem um direcionamento bastante explicitado (THIOLLENT, 2008).

Na pesquisa participante o cientista participa do que estuda e se envolve no processo de mudança, o qual o grupo está inserido, dessa forma, estimula o aprofundamento da problemática estudada. Com seu trabalho o pesquisador deve recriar as formas concretas, possibilitando às pessoas e aos grupos participarem e interagir, proporcionando o direito de pensar, produzir e dirigir os usos de seu saber a respeito de si próprios (BRANDÃO, 2010).

No estudo, com a metodologia de pesquisa participante, seguiu-se algumas etapas: inserção do pesquisador no grupo, coleta de informações, organização sistemática das informações e explanação para o grupo, compreensão e senso crítico dos participantes e devolução do material ao grupo (BRANDÃO, 2010). Na presente pesquisa foi percorrido de forma ordenada cada etapa da pesquisa participante na fase qualitativa, com a intenção de

valorizar o conhecimento crítico de cada participante com base nos dados apresentados e suas experiências profissionais.

Esse método foi utilizado para estudar as demandas dos usuários da unidade de urgência e emergência de uma Policlínica situada em um município do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de elaborar um Plano de Ação envolvendo os profissionais de enfermagem do estabelecimento de saúde. No entanto, essa proposta teve a intenção de distribuir de forma eficiente e eficaz as necessidades dos usuários garantindo um atendimento mais direcionado e qualificado.

É importante ressaltar que a oportunidade de escolher esse método possibilitou o envolvimento dos profissionais, na problemática levantada a partir do presente estudo. Isso permitiu uma melhor percepção deles, para indagação do papel da sociedade e do Estado como agentes transformadores e coadjuvantes da realidade encontrada. Com esta intenção, foram realizados os grupos focais para elaborar de um Plano de Ação, o qual foi apresentado a Secretaria de Saúde do município como proposta de ação.

3.4.1 Procedimentos de coleta de dados qualitativos

Para essa etapa utilizaram-se duas técnicas de coleta de dados: A entrevista e o grupo focal. A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados, ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. A entrevista, para consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social como a conversação. Dessa forma, o objetivo principal de uma entrevista é a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema **(**MARCONI; LAKATOS, 2021).

Convém lembrar que na pesquisa participante, um dos objetivos da entrevista é descobrir meios para a elaboração de um Plano de Ação **(**MARCONI; LAKATOS, 2021). Isso foi possível na pesquisa, pois a visão e experiência profissional de cada integrante da equipe contribuiu imensamente para construção do Plano de Ação. No que condiz ao conteúdo, esse tipo de entrevista contempla definições individuais de cada indivíduo. E ainda, as definições adequadas das ações, as quais são compostas por dois itens: os padrões éticos do

que deve ser feito e as considerações práticas do que é possível fazer **(**MARCONI; LAKATOS, 2021).

As entrevistas, a observação e a revisão de documentos são técnicas indispensáveis para localizar informações valiosas, assim como os grupos focais. Normalmente são realizadas várias sessões com os grupos focais para a pesquisa participativa esse requisito é indispensável (HERNÁNDEZ SAMPIERI; FERNÁNDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO, 2013).

a) Entrevistas

As entrevistas se deram por meio de um roteiro (APÊNDICE D) composto por duas questões abertas. Assim, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e digitadas em *Word*. Foram realizadas a análise de conteúdo de 44 entrevistas. Após a interpretação da análise emergiram as categorias e subcategorias, fomentando a discussão do grupo focal levando a elaboração do Plano de Ação.

O método de amostragem foi intencional, não probabilístico. Os critérios de inclusão para as entrevistas foram: ser profissional de saúde da Policlínica ou da UBS, atuante no setor em um período maior ou igual há seis meses que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram entrevistados os profissionais da equipe multiprofissional da Policlínica e da Rede de Atenção Básica, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Quantitativo dos participantes das entrevistas

	Participantes da pesquisa	**N**	**%**
PROFISSIONAIS	Enfermeiros	20	45,4
	Dentista	1	2,2
	Fisioterapeutas	2	4,5
	Médicos	5	11,3
	Assistentes Sociais	2	4,5
	Biólogos	1	2,2
	Técnicos de enfermagem	10	22,7
	Técnico de RX	1	2,2
	Técnicos de laboratório	2	4,5
	Total de participantes	44	100

Fonte: A autora, 2022.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2022. Foi empregado o fechamento amostral por saturação de dados. É importante destacar que houve alguns

participantes que não autorizaram a gravação das entrevistas, sendo assim respondidas à manuscritas. E as que foram gravadas tiveram a duração de 30 a 40 min. A identificação dos entrevistados foi por meio de números. Por exemplo, E-05 para uma melhor organização e visualização.

b) Grupo focal

A segunda etapa da coleta de dados qualitativos foi o grupo focal (GF) para a elaboração do Plano de Ação. Participaram desta etapa 14 profissionais de enfermagem da Policlínica, sendo oito técnicos de enfermagem e seis enfermeiros. Foram realizados 3 encontros com 1h e 30min de duração.

É importante salientar que não houve adesão dos demais profissionais para a construção do plano de ação, sendo assim apenas a categoria da enfermagem se dispôs a contribuir para elaboração do documento. Cabe destacar que, para elaborar o plano de ação, os participantes do grupo focal analisaram os resultados da fase quantitativa e a análise de conteúdo das entrevistas.

Trad (2009) esclarece que quanto ao número de participantes em grupos focais, estudos evidenciam uma variação entre seis e 15, sendo o tamanho adequado para um GF aquele que permita a participação efetiva dos envolvidos e a discussão ampla sobre os temas. A definição da amostra da fase qualitativa também foi subsidiada a partir do resultado da fase quantitativa, como prevê o método misto sequencial transformador. Quanto à quantidade de encontros, Trad (2009) estima que a realização de dois GF com aproximadamente 1hora e 30 minutos de duração seja suficiente para esgotar a discussão do tema.

Com a intenção de fomentar as discussões sobre a dinâmica do fluxo de atendimento correlacionando com os dados levantados, o Grupo Focal foi a oportunidade de os participantes levantarem as questões com maior relevância para construção de um plano de ação voltado para melhorias do atendimento e qualidade da assistência oferecida ao usuário do sistema único de saúde.

O roteiro (APÊNDICE E) que orientou a condução do grupo focal, emergiu dos resultados da análise dos dados quantitativos. Esses foram apresentados pela pesquisadora. Com a autorização dos membros do grupo foi utilizado um gravador para o registro das falas dos participantes.

"O grupo focal consiste em uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que revela suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo." (LEOPARDI *et al.*, 2001, p.58).

O roteiro deve ser um facilitador na condução de uma conversa, com finalidade específica, e não um obstáculo capaz de cercear o entrevistado; deve permitir emergir novos temas a partir de provocações iniciais trazidas pelos questionamentos (MINAYO, 2014; THIOLLENT, 2008).

3.4.2 Organização e análise dos dados qualitativos

As entrevistas foram transcritas e, depois foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2010). As fases da análise de conteúdo em ordem cronológica são:

1) Pré-análise:

- Leitura flutuante;
- Escolha dos documentos para construção do corpus;
- Preparação do material; e
- Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

2) Exploração do material

3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na etapa da pré-análise, foi realizada a leitura flutuante das entrevistas (o contato com os documentos e conhecer o texto). A seguir, procede-se à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise. Dessa forma, constituiu-se o corpus, após a leitura exaustiva do material (BARDIN, 2010).

A exploração do material constitui, geralmente, uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. Refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação, envolvendo: o recorte (escolha das unidades de registros), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação (escolha de categoria) (GIL, 2002).

A seguir, foi construída a grade de eixos temáticos da qual emergiram categorias e subcategorias que embasaram a construção do Plano de Ação pelo grupo focal. Vale ressaltar

que no grupo focal os integrantes priorizaram as categorias/subcategorias mais relevantes, diante da problemática apresentada na pesquisa.

3.4.3 Elaboração de um plano de ação

Com base nas categorias e subcategorias formuladas na fase anterior, foi elaborado um Plano de Ação pelos participantes do grupo focal, utilizando a ferramenta 5W2H.

A ferramenta 5W2H é uma das ferramentas de gestão da qualidade, que de acordo com Marques (2017), são técnicas aplicadas nos processos institucionais, com o objetivo de garantir que o cliente final tenha sempre a melhor experiência.

A expressão vem da junção de cinco palavras em inglês que começam com “W” e duas com “H”, que compõem um Plano de Ação: what (o que será feito?), who (quem fará?), when (quando?), where (onde?), why (por que será feito?), How (como será feito?) e how much (quanto custará?). Respondendo-se aos sete termos da 5W2H, tem-se planos de ação bem especificados (GHERMANDI, 2017).

A ferramenta é considerada de fácil aplicação e encaixe em qualquer empresa, independentemente do seu porte ou da atividade que exerce. A 5W2H formaliza as ações a serem desenvolvidas e evita que algum ponto seja mal planejado ou esquecido; sua aplicação dá clareza aos detalhes de um projeto. Como resultado, os gestores têm mais controle do que deve ser realizado, evitando dúvidas ou conflitos sobre responsabilidades, prazos e entregas (OLIVEIRA, 2016).

Foram incluídas no plano as ações que obtiveram uniformidade de opiniões entre os participantes, e as divergentes não foram incluídas. A construção do Plano de Ação envolveu, de modo geral:

a) Ações que melhorassem o atendimento e a infraestrutura na unidade básica de saúde;

b) Identificação dos usuários buscam atendimento ambulatorial na unidade de urgência e emergência;

c) Levantamento da necessidade de organização e qualificação nos atendimentos e melhoria da logística e direcionamento do fluxo de atendimento.

3.5 **Integração dos dados quantitativos e qualitativos**

A integração dos dois tipos de dados pode ocorrer em diversos estágios do processo de pesquisa: na coleta de dados, na análise de dados, na interpretação ou em alguma combinação. de locais. Integração significa que o pesquisador "junta" os dados (GIL, 2002). Nesse estudo a integração dos dados ocorreu na fase de interpretação.

Para este estudo, a interpretação dos dados ocorreu sequencialmente no final de cada etapa da coleta de dados e informações (CRESWELL J.; CRESWELL, D., 2021). O processo de integração se deu pela conexão dos resultados quantitativos à coleta dos dados qualitativos (CRESWELL, J.; CRESWELL, D., 2021), cujo objetivo foi interpretar como os resultados quantitativos, contribuíram para agregar os dados qualitativos (CRESWELL, J.; CRESWELL, D., 2021). Assim, foi possível um melhor entendimento por parte dos participantes da pesquisa em relação a rede de saúde do munícipio, pois contribuiu para a visualização do fluxo de atendimento integrado com a atenção básica. Dessa forma, conseguiu-se atingir o objetivo com a conexão dos dados permitindo uma maior exploração da problemática abordada.

Os métodos mistos envolvem a coleta e a “mistura” ou integração dos dados quantitativos e qualitativos em um estudo. Convém lembrar que apenas analisar os dados qualitativos e quantitativos, não é suficiente. A análise integrada dos dois bancos de dados contribuiu para uma compreensão adicional dos problemas e das questões da pesquisa (GIL, 2002). A interpretação conjunta dos dados quantitativos e qualitativos foi fundamental para se definir um diagnóstico situacional acerca da rede de saúde no município estudado.

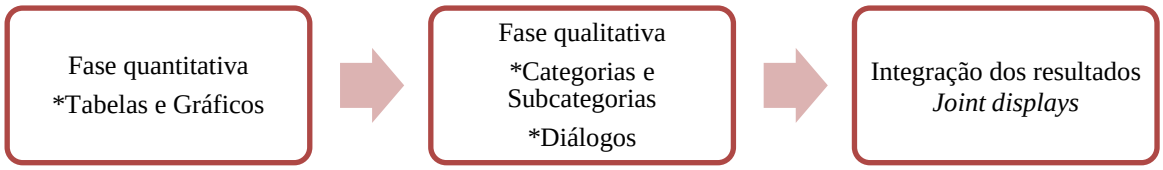
A estratégia utilizada na pesquisa foi a sequencial transformadora, como já foi dito. Nota-se que nesse tipo estratégia de método misto tem a finalidade empregar métodos que melhor atendem à perspectiva teórica do pesquisador, pois os resultados das duas fases são integrados durante a fase de interpretação (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021), mediante a uma perspectiva teórica de ação participativa. Esse marco conceitual torna-se mais importante dentro do estudo do que o próprio método (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021).

A importância dada a perspectiva teórica na pesquisa é pelo fato dela determinar a direção, na qual o pesquisador deve se concentrar para explorar o problema de interesse da pesquisa, a teorização guia o estudo. Isso torna o pesquisador mais sensível para coletar os

dados e subsidiar os participantes da pesquisa para que eles tenham condições de opinarem sobre a problemática apresentada (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021).

Contudo, o tipo de mescla de método misto é de conexão (CRESWELL J.; CRESWELL, D. 2021). A conexão diz respeito a utilização de um rol de dados analisados para guiar a coleta de outros dados, e utilizam (conectam) as informações estatísticas para definir meios e até mesmo sujeitos/participantes da etapa qualitativa posterior (OLIVEIRA, 2020). No estudo, os dados estatísticos descritos e inferenciais e a análise de conteúdo das entrevistas serviram de base para construção do produto final que foi o Plano de Ação construído pelos profissionais de enfermagem. Na Figura 8, pode-se observar a apresentação dos resultados das fases quantitativa, qualitativa e a integração dos dados.

Figura 8 - Apresentação dos resultados das fases quantitativa, qualitativa e integração



Fonte: Adaptado de CRESWELL; CLARK, 2013, p. 78.

A apresentação dos resultados das fases quantitativas e qualitativa são demonstrados na pesquisa separadamente, porém as integrações dos resultados são apresentadas na forma de meta inferência, análises e interpretações perante a análise dos dados quantitativos e das informações qualitativas (CRESWELL; CLARK, 2013).

O *joint display*s é a exibição conjunta dos dados e informações (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015), conforme demonstrado na Figura 8.

As exibições conjuntas são valiosas na pesquisa de métodos mistos porque podem ajudar tanto o pesquisador quanto o leitor a pensar sobre a integração de dados quantitativos e qualitativos. Podem, ainda, facilitar o processo cognitivo envolvido na mistura e adição de perspectivas (HARRISON; REILLY; CRESWELL, 2020).

3.6 **Procedimentos éticos do estudo**

Todas as fases do estudo respeitaram a Resolução 510/16, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Procedimentos Metodológicos Característicos das Áreas de

Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Obteve-se a Carta de Anuência pela Secretaria de Saúde de um município localizado no estado do Rio de Janeiro para desenvolvimento do estudo.

O presente estudo foi autorizado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ e aprovado com o número de protocolo CAAE 50555321.0.0000.5282**.** Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes para pesquisa em seres humanos (APÊNDICE A).

Vale ressaltar os riscos e benefícios do estudo. Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo. Considerando que é comum a todas as pesquisas com seres humanos há o risco de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Porém, o pesquisador sempre garante o sigilo e fará tudo que estiver ao seu alcance para mantê-lo.

Os benefícios gerados são a aquisição de novos conhecimentos produzidos pela pesquisa o que contribui para melhoria do serviço de saúde na Policlínica e na Unidade Básica de Saúde otimizando a qualidade da assistência para a população.

4 **RESULTADOS**

4.1 **Resultados da etapa quantitativa**

4.1.1 Descrição dos serviços oferecidos na Atenção Básica (AB) verificados através das visitas exploratórias por meio das observações sistemáticas.

Tabela 2 – Caracterização da cobertura da UBS com suas respectivas populações adscritas e a relação dos profissionais de saúde que existem nas UBS

Unidade Básica de Saúde	Total de População adscrita	Quantidade de famílias cobertas	Quantidade de Equipes de Saúde da Família	Quais profissionais existem?
Ampliação I e II	6824	100%	2	M/E/ACS/AB/TE
Centro I e II	5890		2	M/E/ACS/AB/TE
Bandeirantes I e II	10.638		3	M/E/ACS/AB/TE
Vila Cortes I e II	6.740		2	M/E/ACS/AB/TE
Pinhão I e II	5.014		2	M/E/ACS/AB/TE
Posse	3.801		1	M/E/ACS/AB/TE
Duques	3.402		1	M/E/ACS/AB/TE
Total	42.309			
				Dentistas:
Legenda:				Ampliação I e II
Médico		M		Centro I
Enfermeiro		E		Band I (B)
Dentista		D		Pinhão I e II
Agente Comunitário de Saúde		ACS		Duques
Auxiliar de Saúde Bucal		AB		Posse
Técnico de Enfermagem		TE		Vila Cortes I e II

Nota: Material dos dados estatísticos referentes a set. 2022.
Fonte: A autora, 2022.

Observou-se que a maior população está concentrada nos bairros dos Bandeirantes, onde nota-se a existência de 3 equipes de saúde da família com uma cobertura de 100% de sua população. Essa região é contemplada com todas as especialidades de profissionais existentes na rede para oferecer os serviços da unidade básica de saúde.

Quadro 10 – Caracterização dos serviços oferecidos nas UBS

Quais os serviços oferecidos nas UBS?	1) Pré-natal baixo risco 2) Puericultura 3) Preventivo 4) Clínico 5) Vacina (Todos os dias) 6) Teste do pezinho 7) Visita domiciliar 8) Curativo domiciliar 9) Sala de Curativo 10) Exames laboratoriais (referência para laboratório) 11) Testes rápido (IST e COVID-19) 12) Teste do olhinho 13) Aferição de Pressão Arterial (P.A.) 14) Hemoglicoteste 15) Grupos (Hipertensão/ Diabetes/ Nutricionista) 16) Administração Intramusculares (Exceção de Antibióticos) 17) Visitas Domiciliares

Nota: Material dos dados estatísticos referentes a set. 2022
Fonte: A autora, 2022.

4.1.2 Demanda dos Atendimentos - Análise Documental: Levantamento realizado através dos Boletins de Atendimentos (BAM)

a) Análise estatística descritiva das variáveis:

Tabela 3 - Caracterização da idade dos usuários dentro da amostra selecionada

Frequência Absoluta (Total de Atendimentos)	Média da idade	Desvio Padrão	Mediana	Maior Valor da Amostra	Limite Inferior IC	Limite Superior IC
414	33,10	23,22	32	91	30,89	35,36

Nota: Material dos dados estatísticos
Fonte: A autora, 2022.

Os usuários que mais buscam atendimentos na unidade de urgência e emergência são usuários na faixa etária adulto jovem. Essa caracterização da idade é importante para direcionar o atendimento e reconhecer quais as comorbidades que mais afetam os usuários por faixa etária.

Tabela 4 - Caracterização do perfil dos usuários que procura atendimento na Policlínica e suas demandas

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Limite Inferior IC	Limite Superior IC
Sexo	Feminino	203	49,03	44,25	53,84
	Masculino	211	50,97	46,16	55,75
Clínica	Pediatria	97	23,43	19,60	27,75
	Adolescente	29	7,00	4,89	9,91
	Adulto	222	53,62	48,81	58,37
	Idoso	66	15,94	12,72	19,79
Município	Cariacica/ES	1	0,24	0,00	1,50
	Itaboraí	41	9,93	7,38	13,21
	Rio Bonito	3	0,73	0,14	2,22
	Tanguá	368	89,10	85,71	91,78
UBS	Ampliação	33	8,01	5,73	11,06
	Bandeirantes	107	25,97	21,97	30,42
	Centro	58	14,08	11,03	17,79
	Duques	21	5,10	3,32	7,71
	Pinhão	59	14,32	11,25	18,05
	Posse	36	8,74	6,35	11,89
	Vila Cortes	53	12,86	9,95	16,46
	Outros	4	0,97	0,29	2,56
Motivo da busca pelo atendimento	Acidentes e Traumatismos	57	13,77	10,76	17,44
	Patologias do Sistema Cardiovascular	21	5,07	3,30	7,67
	Patologias do Sistema Gástrico e Intestinal	42	10,14	7,57	13,45
	Patologias do Sistema Genital e Urinário	35	8,45	6,11	11,56
	Patologias do Sistema Músculo Esquelético	76	18,36	14,91	22,38
	Patologias do Sistema Respiratório e Sintomas Gripais	76	18,36	14,91	22,38
	Patologias do Sistema Tegumentar	29	7,00	4,89	9,91
	Procedimentos Técnicos	32	7,73	5,50	10,74
	Queixas Inespecíficas	24	5,80	3,89	8,52
	Outros	22	5,31	3,50	7,95

Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

Em relação ao perfil dos usuários destaca-se que a maior demanda são usuários do sexo masculino, clínica adulto, pertencente a UBS dos Bandeirantes. Esses resultados contribuem para definir políticas e ações de saúde pública direcionadas a essa região. Para

isso, é importante investigar os motivos das buscas pelos atendimentos e as necessidades prioritárias dessa área e desse grupo populacional.

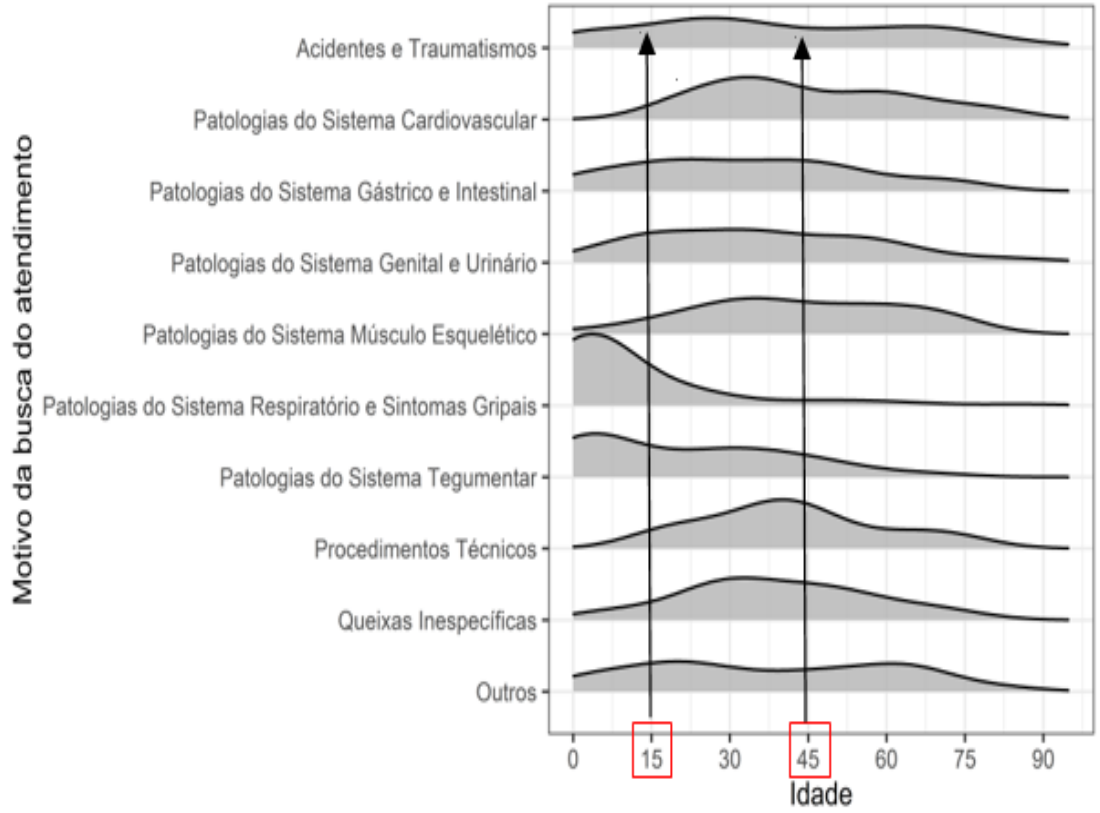
Os resultados demonstram que os maiores motivos da busca pelo atendimento aos serviços de saúde na unidade de urgência e emergência são por patologias do sistema músculo esquelético e por patologias do sistema respiratório e sintomas gripais, ambas com 18,76% de procura. Este resultado pode ser explicado pela atividade econômica predominante do município ser rural, cujas funções laborais exigem grande esforço físico dos trabalhadores. Observa-se que as patologias do sistema músculo esqueléticas estão na mesma proporção das doenças do sistema respiratórios e síndromes gripais, mesmo em um contexto de pandemia.

b) Análise estatística inferencial:

Com uma análise numérica inferencial são apresentados abaixo os gráficos que relacionam variáveis dependentes, como: sexo, clínica e idade com a variável independente que é motivo da busca pelo atendimento. Essa análise auxilia elucidar de forma clara o perfil do atendimento dentro da unidade de saúde.

A análise inferencial otimizou os resultados do estudo, pois foi possível obter conclusões com base nas amostras permitindo que os resultados contribuam para uma melhor avaliação na fase quantitativa e na fase qualitativa e por fim na integração dos resultados completando a pesquisa de método misto.

Gráfico 1 - Correlação com a idade e os motivos da busca pelo atendimento



Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

Ao correlacionar a idade com o motivo da busca pelo atendimento na unidade de saúde, observa-se que a faixa etária de 15 anos procurou mais a unidade de urgência e emergência com patologias do sistema respiratório e sintomas gripais e patologias do sistema tegumentar, já a faixa etária de 45 anos procurou o serviço de saúde com queixas do sistema musculoesquelético, procedimentos técnicos e queixas inespecíficas. É importante contextualizar essa busca pelo atendimento para Patologias do Sistema Respiratório e Síndromes Gripais diante da Pandemia COVID-19, fato que influenciou no aumento da demanda na unidade.

Segue abaixo, a Tabela 5 – Caracterização da correlação das variáveis dependentes (sexo, clínica, município e UBS) com a variável independente (o motivo da busca pelo atendimento). Isso facilitará a compreensão do perfil do usuário que procura os atendimentos na policlínica estudada.

Tabela 5 – Caracterização da correlação das variáveis dependentes

		Acidentes e Traumatismos		Patologias do Sistema Cardiovascular		Patologias do Sistema Gástrico e Intestinal		Patologias do Sistema Genital e Urinário		Patologias do Sistema Músculo Esquelético		Patologias do Sistema Respiratório e Sintomas Gripais		Patologias do Sistema Tegumentar		Procedimentos Técnicos		Queixas Inespecíficas		Outros	
Variáveis	**Categorias**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sexo	Feminino	23	11,33	13	6,40	25	12,32	21	10,35	30	14,78	38	18,72	11	5,42	16	7,88	14	6,90	12	5,91
	Masculino	34	16,11	8	3,79	17	8,06	14	6,64	46	21,80	38	18,72	18	8,53	16	7,88	10	4,74	10	4,74
Idade	Pediatria	10	10,31	0	0,00	7	7,22	4	4,12	3	3,09	55	56,70	12	12,37	0	0,00	3	3,09	3	3,09
	Adolescente	4	13,79	1	3,45	5	17,24	4	13,79	3	3,09	5	17,24	1	3,45	3	1,35	0	0,00	3	10,35
	Adulto	28	12,61	16	7,21	25	11,26	22	9,91	51	22,97	14	6,31	15	6,76	23	10,36	18	8,11	10	4,51
	Idoso	15	22,73	4	6,06	5	7,58	5	7,58	19	28,79	2	3,03	1	1,52	6	9,09	3	4,55	6	9,09
Município	Cariacica/ES	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
	Itaboraí	4	9,76	4	9,76	5	12,20	6	14,63	7	17,07	9	21,95	1	3,33	0	0,00	4	9,76	1	2,44
	Rio Bonito	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	1	3,33	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Tanguá	52	14,13	17	4,62	37	10,05	29	7,88	68	18,48	66	17,94	27	89,91	32	88,70	20	50,44	20	50,44
UBS	Ampliação	10	30,30	3	9,09	5	15,15	0	0,00	4	12,12	4	12,12	2	6,06	1	3,03	2	6,06	2	6,06
	Bandeirantes	13	12,15	4	3,74	9	80,41	10	9,35	20	18,69	15	14,02	8	7,48	15	14,02	5	4,67	8	7,48
	Centro	8	13,79	3	5,17	5	8,62	4	6,90	11	18,97	15	25,86	5	8,62	4	6,90	2	3,45	1	1,72
	Duques	1	4,76	1	4,76	3	1,29	1	4,76	4	19,05	2	9,52	3	14,29	1	4,76	2	9,52	3	14,29
	Pinhão	6	10,17	2	3,39	7	60,86	6	10,17	13	22,03	12	20,34	4	6,78	5	8,48	3	5,09	1	1,70
	Posse	6	16,67	1	2,78	4	1,11	3	8,33	5	13,89	7	19,44	1	2,78	3	8,33	5	13,89	1	2,78
	Vila Cortes	7	13,21	3	5,66	4	1,11	5	9,43	11	20,76	11	20,76	4	7,55	3	5,66	1	1,89	4	7,55

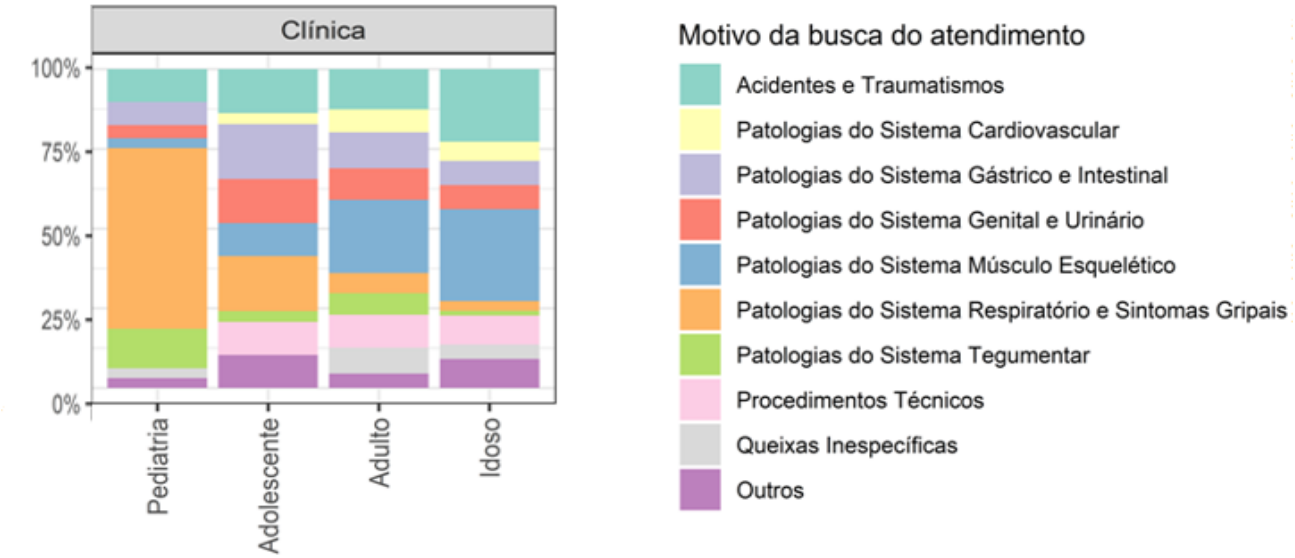
Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

Perante esses resultados foram possíveis algumas inferências, como: O usuário do sexo masculino se faz mais presente com maior índice de patologias relacionadas a acidentes e traumatismo com 16,11%, sendo em sua maior parte idoso (22,73%) e residente no município de Tanguá com 14,13%. As pacientes do sexo feminino apresentam maior porcentagem com patologias do sistema cardiovascular em detrimento do sexo masculino e essas usuárias em sua maioria são residentes do município de Itaboraí. As patologias do sistema respiratório e síndromes gripais tem um público maior da pediatria (56,70%), e igual quantitativo quando se refere ao sexo. Esses resultados auxiliam na descrição do público que utiliza o serviço da policlínica. Com a Pandemia COVID-19 foi perceptível o aumento da demanda pelas doenças do sistema respiratório e as síndromes gripais.

No que tange as patologias do sistema tegumentar a porcentagem maior é representada pela pediatria com 56,70% e são do município de Tanguá com 89,91%, pertencentes a UBS Duques, com 14,29%. Em relação ao público adolescente percebe-se que a maior procura são por queixas de patologias do sistema genital e urinário e sistema gástrico intestinal e sua maior parte oriunda do município de Itaboraí. Com a intenção de traçar o perfil da demanda dos usuários esses resultados oferecem meios para pensar em um plano de ação, a fim de contribuir para melhoria da assistência da saúde do usuário.

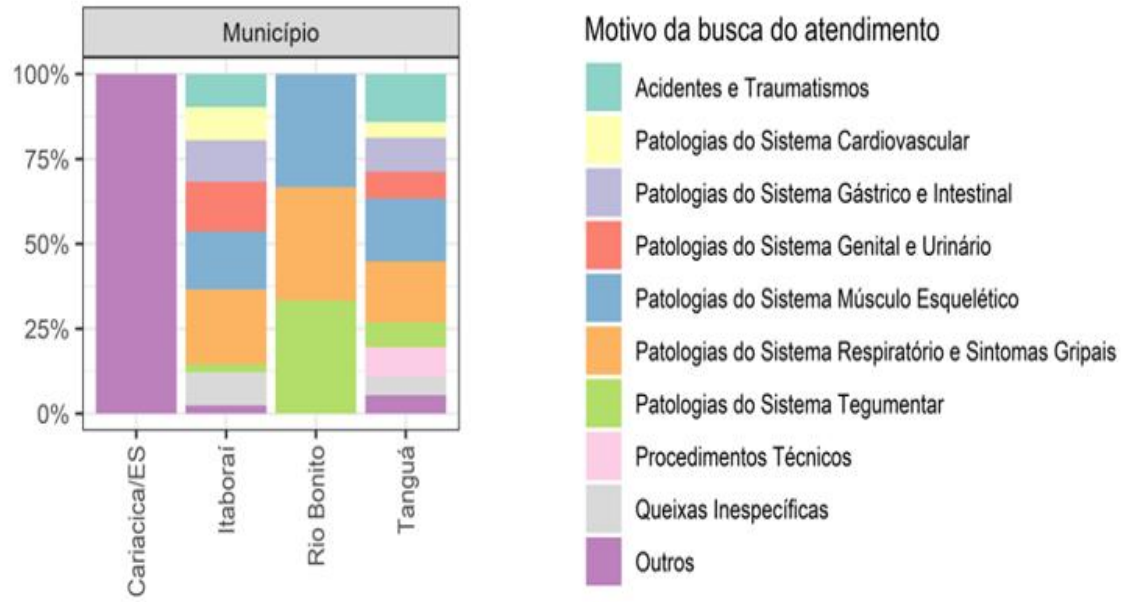
Os gráficos 2, 3 e 4 ilustram os dados elencados da tabela acima, com o intuito de otimizar a visualização desses e melhorar a sua representatividade.

Gráfico 2 - Correlação da clínica com os motivos da busca pelo atendimento



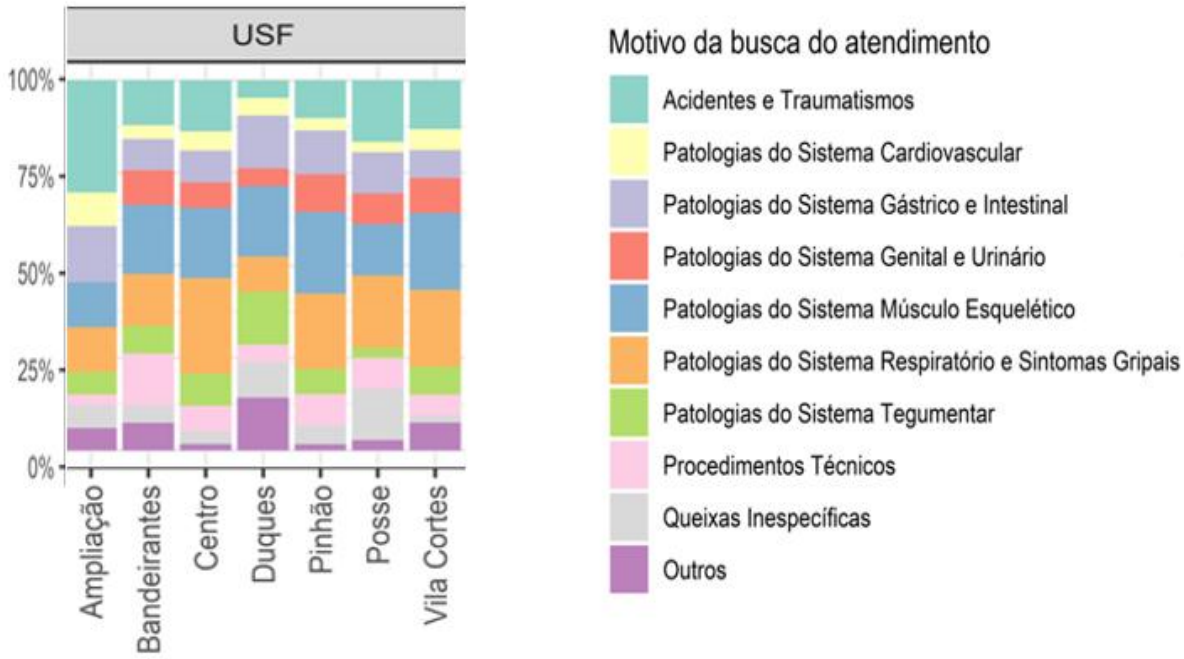
Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 3 - Correlação do município com os motivos da busca pelo atendimento



Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 4 - Correlação das UBS com os motivos da busca pelo atendimento



Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

4.2 **Resultados da fase qualitativa**

Na primeira fase da etapa qualitativa os profissionais de saúde que participaram das entrevistas tiveram como embasamento a sua experiência profissional e os dados levantados na fase quantitativa. Todas essas informações serviram de subsídios para que eles pudessem compreender melhor a problemática vivenciada e demonstrada durante o estudo.

A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias, sendo elas: A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica; Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora; Estratégia de reorganização da RAS do município; Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda de atendimento da unidade de urgência e emergência. A Tabela 6 apresenta as categorias, subcategorias e suas respectivas frequências.

Tabela 6 – Caracterização das categorias e subcategorias com suas respectivas frequências

Categorias	**Subcategorias**	**FA**	**FR**
A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica	Limitadores para interligação	33	37,05%
	Possibilidades de interligação	30	
Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora	Não houve	58	34,11%
Estratégia de reorganização da RAS do município	Não houve	23	13,52%
Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda de atendimento da unidade de urgência e emergência	Não houve	26	15,29%
Total		**170**	**100%**

Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

4.2.1 – Categoria 1: A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica

Na categoria a interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica surgiram duas subcategorias: Limitadores para interligação e Possibilidades de interligação.

4.2.1.1 Subcategoria 1.1: Limitadores para interligação

Esta subcategoria apresenta alguns motivos que dificultam a interligação entre a rede de urgência e emergência e a atenção básica. Percebe-se essa dificuldade no seguinte trecho de entrevista:

> [...] Há uma melhora, porém, **falta continuidade**, uma ligação entre as redes de saúde do município. Poderia melhorar o **alinhamento** entre as coordenações da USF e do Serviço de Urgência e Emergência, **aumentar a conexão e maior fluidez**. Saber até onde cada um pode ir já ajudaria muito [...] (E-33, grifo nosso).

Outro limitador é percebido quando se refere a estrutura do fluxo de atendimento entre a atenção básica e a emergência. Esse fato pode ser notado pelo trecho da entrevista abaixo:

> [...] Diante dos resultados percebo que muitos casos que chegam na emergência poderiam ser **resolvidos na atenção básica**, então **falta uma organização melhor desse fluxo**. Como melhoria sugiro melhorar o RH das unidades básicas, também é necessário que se tenha médico e enfermeiro todos os dias nessas unidades e dispositivos para que possam atender com resolutividade [...] (E-44, grifo nosso).

4.2.1.2 Subcategoria 1.2: Possibilidades de interligação

Vale ressaltar que existem possibilidades de interligar os serviços dentro da rede de saúde, tanto a atenção básica quanto a emergência. Porém, ocorre a necessidade de fortalecer os meios para que essa ligação se fortaleça.

Esse fato é evidenciado quando os profissionais opinam sobre a necessidade dessa interligação, sugerindo medidas como: aumento do número de profissionais da atenção básica, qualificação do atendimento na atenção básica, aumento do número de consultas na atenção básica, a fim de sanar a demanda do usuário, orientação ao usuário sobre a dinâmica do atendimento nas unidades tanto na atenção básica quanto na unidade de urgência e emergência. Segue trechos das entrevistas que ilustram os fatos supracitados.

> [...] Diante dos resultados apresentados vemos que o município ainda apresenta muitos desafios. **Qualificar o atendimento da atenção básica** afim de atender a demanda da população de sua cobertura e ofertar os serviços básicos necessários à saúde da população. Em virtude da **alta demanda que as unidades de saúde** apresentam é necessário **aumentar o número de profissionais nas unidades básicas e na unidade de emergência. Aumentar a oferta de consultas médicas**

> nos postos de saúde afim de diminuir o fluxo de atendimento nas emergências[...] (E-03, grifo nosso).

> [...] Uma demanda muito alta de usuários com diversas patologias e **um déficit no atendimento na unidade Básica.** Primeiro deveriam **investir na atenção básica**, colocar mais profissionais para que possam desafogar o fluxo da emergência [...] (E-04, grifo nosso).

> [...] **Temos uma cobertura de ESF de 100%,** e mesmo assim ainda no Pronto Atendimento uma demanda muito grande de pacientes que se estivesse em um acompanhamento adequado na atenção básica não chegaria ao atendimento do Pronto Atendimento. Poderia **rever o funcionamento da Atenção Básica, e na emergência** fazer um **levantamento por demanda e logo depois fazer uma reunião com as equipes da ESF** e **mostrar os resultados para melhor definir o fluxo de atendimento** [...] (E-24, grifo nosso).

> [...] Em relação as **patologias do sistema tegumentar** são interessantes, pois **poderia ser feito trabalhos de orientação nas escolas, creches**. A questão de saneamento básico, higiene são importantes. Outra questão é em **relação aos agentes comunitários se passassem com frequência nas casas** conseguiriam detectar situações que poderiam ser resolvidas no posto de saúde, ao invés de virem para a emergência [...] (E-38, grifo nosso).

4.2.2 Categoria 2: Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora

Nessa categoria nota-se a necessidade de uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora dentro do contexto vivenciado pelos usuários da rede. Diante das falas dos entrevistados verifica-se o desprovimento de um maior envolvimento de uma assistência voltada para educação em saúde. Os usuários carecem de uma maior orientação de onde procurar o serviço desejado. Há uma necessidade de fortalecimento da atenção básica, conscientização das pessoas que utilizam o sistema de saúde, e ainda oferecer segurança para esse usuário. Nota-se esses fatos diante das seguintes falas:

> [...] Todos deveriam trabalhar interligados USF e Serviço de Urgência e Emergência; poderia ser feito uma **orientação à população**, esse usuário saber para onde ir e o que procurar. Sugestão: Na classificação de risco **um fluxograma explicando onde atende a demanda desse paciente e quem o atenderia, de acordo com a localidade de moradia desse paciente** [...] (E-30, grifo nosso).

> [...] Poderia aumentar a oferta de médicos nos postos de saúde a fim de diminuir o fluxo de atendimento nas emergências. Poderia haver **fortalecimento da atenção básica**. **Orientar a população dos serviços que podem ser prestados na Unidade Básica de Saúde** [...] (E-23, grifo nosso).

> [...] O importante é que se invista mais na atenção primária pois é a principal porta de entrada dos usuários a rede de atenção à saúde. **Oferecer mecanismos que**

> **possam estreitar a relação entre profissionais (principalmente os ACS) e a população**, promovendo **informações** e **atendendo as necessidades de saúde**, estabelecendo uma **relação de confiança**. Capacitar os profissionais de acordo com a demanda de cada área, realizar busca ativa das necessidades da população e **referenciar apenas quando há necessidade** [...] (E-09, grifo nosso).

4.2.3 Categoria 3: Estratégia de reorganização da RAS do município

Dentro do estudo nota-se que os profissionais de saúde pontuam algumas sugestões que contribuiriam para melhoria da reorganização da RAS, isso demonstra conhecimento e *expertise* de quem vivência o processo do trabalho diariamente.

Esses fatos são evidenciados em trechos como:

> [...] É necessário **investimento em tecnologia** para colocar o **Prontuário digital** em prática e funcionante em toda rede de Saúde e contratação de mão-de - obra qualificada[...] (E-05, grifo nosso).

> [...] Capacitar os profissionais de acordo com a demanda de cada área, realizar **busca ativa das necessidades da população** e **referenciar** apenas quando há necessidade[...] (E-09, grifo nosso).

> [...] Determinadas doenças poderiam ser tratadas nas USF. Pode-se **melhorar a organização quando se trata de atenção básica e rede de emergência.** E ainda a **conscientização da população** acerca dos serviços oferecidos nas USF. E melhora da busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), isso otimizaria o fluxo de atendimento [...] (E-18, grifo nosso).

> [...] Outro ponto seria a realização de exames de baciloscopia que atenderia as seguintes doenças: Tuberculose e Hanseníase, o laboratório X possui treinamento para os profissionais que desejam atuar na baciloscopia. Poderia existir **a pactuação com municípios vizinhos** para a realização de PPD. Temos que **expandir as pactuações com outras especialidades**[...] (E-19, grifo nosso).

4.2.4 Categoria 4: Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda de atendimento da unidade de urgência e emergência

O aumento da demanda nas unidades de urgência e emergência durante a pandemia COVID-19 foi expresso durante as falas dos profissionais de saúde, em que sugeriram o aumento de recursos humanos na intenção de suprir a demanda durante a calamidade pública.

> [...] Tem coisas que você tem que conscientizar a população, pois tem muita coisa que não é daqui você acaba ficando **sobrecarregada**. Na minha opinião deveria

> montar novamente o Container para fazer o Teste do COVID. **A demanda está muito grande**, está aparecendo muito síndrome gripal e COVID juntos. Então, teria que ter uma cabana ou o container para estar realizando esses testes. Se desse COVID passaria pelo médico [...] (E-39, grifo nosso).

> [...] Melhorar **a atenção básica disponibilizando atendimento especializado em síndromes gripais** e patologias do sistema musculoesquelético e no atendimento infantil em relação às patologias do sistema tegumentar e no atendimento obstétrico, pois houve o **aumento da demanda** [...] (E-22, grifo nosso).

> [...] A gente atendia lá do outro lado na clínica velha onde os **atendimentos não chegavam a 100**, **hoje o atendimento chega a 400 atendimentos.** E percebemos que 50% desses pacientes são de Itaboraí, 40% de Tanguá e 10% de Rio Bonito. Dessa forma, tiveram que aumentar o número de profissionais, pois **aumentou a demanda de pacientes** e em sua maior parte são de Itaboraí, já tiveram de outros lugares como São Gonçalo, mas de Itaboraí é bem maior [...] (E-40, grifo nosso).

> [...] A cidade teve um **aumento da demanda**, e tem a dificuldade de comportar essa demanda tanto na parte estrutural quanto no profissional. **Fato esses que aumentaram na Pandemia**. Na visão do serviço de RX, por exemplo: o atendimento antes era de 40/50 atualmente ultrapassam a 100 atendimentos por dia, esses dobraram. **O ideal é ter um RX para atendimentos ambulatoriais e outro para atendimentos de emergência.** Como melhoria poderia ter um fortalecimento das USF para desafogar a emergência e melhoria da infraestrutura, pois muitas vezes tem o profissional adequado, mas falta a infraestrutura [...] (E-29, grifo nosso).

Os profissionais de saúde expressam durante as entrevistas o desgaste físico, mental durante a pandemia somado as demandas que já existiam na unidade de urgência e emergência.

4.3 **Resultados integrados**

Na presente pesquisa a integração dos resultados é apresentada por meio do Quadro 12. Na primeira coluna é apresentado as correlações dos resultados quantitativos e na segunda coluna constam as correlações qualitativas com as categorias mais próximas dos resultados quantitativos. E na terceira coluna apresentam-se observações de conexões entre os resultados quantitativos e qualitativos.

Quadro 11 - Integração entre os resultados quantitativos e qualitativos (continua)

Resultados quantitativos (Correlação)	**Resultados qualitativos (Correlação - Categorias)**	**Observações das conexões entre os resultados quantitativos e qualitativos**
Procedimentos Técnicos (Curativos, retirada de ponto, administração de medicação, entre outros) representam 88,70% dos atendimentos com maior faixa etária dos 30-45 anos de idade.	A interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica.	Na dificuldade de **interligar a AB e a Rede de UE**, as queixas ambulatoriais tornam-se frequentes, logo, os relatos da E-33 e E-44, em que explicitam a falta de **continuidade**, necessidade do aumento de conexão e **alinhamento** entre as coordenações da UBS e os serviços de UE.
As patologias do sistema tegumentar (escabiose, impetigo, entre outras) a porcentagem maior é representada pela pediatria com 56,70% e são do município estudado com 89,91%, pertencentes a UBS Duques.	Atenção resolutiva, humanizada e acolhedora	Visto as queixas apresentadas nos atendimentos na policlínica percebe-se a conexão com a necessidade de **fortalecimento e investimento** na atenção básica, orientação para a população sobre quais **serviços oferecidos na atenção básica** como os relatos das entrevistas E-23 e E-09.
A procura do atendimento com queixas inespecíficas representam 50,44% dos casos e a maior parte oriundos da UBS Posse com 13,99%	Estratégias de reorganização da RAS do município	Em conexão com os relatos dos participantes faz-se necessário **investimento em tecnologia** com a intenção de implantar o **Prontuário digital** E-05, a fim de investigar e acompanhar melhor o usuário da rede. Outro dado relevante é a necessidade de **buscar e referenciar esse usuário** conforme relatado na E-09. E ainda aumentar a **pactuação com municípios** vizinhos, de acordo com o participante da E-19.

Quadro 11 - Integração entre os resultados quantitativos e qualitativos (conclusão)

Patologias do sistema respiratório e síndromes gripais (tosse, coriza, entre outros) representam 18,36 % com alto *escore*.	Impactos da Pandemia COVID-19 na demanda da unidade de urgência e emergência	Em conexão os resultados apresentados quanto ao aumento das patologias respiratórias fazem-se necessário na atenção básica **atendimento especializado** em síndromes gripais principalmente para pediatria, pois houve um aumento da demanda, de acordo com a E-22.

Nota: Material dos dados estatísticos.
Fonte: A autora, 2022.

A análise integrada permite inferir que as reflexões que emergiram com as discussões do Grupo Focal e as entrevistas validam o resultado encontrado pelo levantamento de dados quantitativos. As meta-interferências e as interpretações oriundas da integração dos dados quantitativos e qualitativos foram apresentadas a seguir:

a) A dificuldade de interligar a Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência;
b) A falta de continuidade e a necessidade do aumento de conexão e alinhamento entre as coordenações da Unidades Básicas de Saúde e os serviços de Urgência e Emergência.
c) A necessidade de fortalecimento e investimento na atenção básica;
d) Melhorar a orientação para a população sobre quais serviços oferecidos na atenção básica;
e) A necessidade de investimento em tecnologia e a sugestão de implantação do Prontuário digital;
f) Referenciar o usuário quando necessário e incentivar mais pactuações dos serviços de saúde com municípios vizinhos, a fim de atender as demandas da população; e
g) Com a Pandemia COVID-19 percebeu-se a necessidade de um atendimento diferenciado para as demandas de patologias do sistema respiratório, principalmente quando se refere a pediatria.

4.4 **Plano de Ação**

Esse foi elaborado pelos profissionais de enfermagem da urgência e emergência de um Policlínica situada no município do Estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, foram apresentadas todas as categorias e subcategorias oriundas da fase qualitativa e os resultados quantitativos para fomentar a discussão dentro do grupo focal.

Para a construção do plano de ação foi utilizada a ferramenta de gestão 5W2H. A sigla é formada pelas iniciais, em inglês, das sete diretrizes que, quando bem estabelecidas, eliminam quaisquer dúvidas que possam aparecer ao longo de um processo ou de uma atividade. Tem por finalidade definir o que será feito, por que, onde será feito, por quem, quando, como e quanto custará.

O plano de ação foi construído pelo grupo focal, levando em conta as categorias e subcategorias que o grupo julgou sendo as mais pertinentes dentro da análise de conteúdo, conforme demonstrado no Quadro 12, abaixo.

Quadro 12 - Plano de ação (continua)

Categorias/ subcategorias	**Objetivo**	**WHAT? O que vai ser feito?**	**WHERE? Onde vai ser feito?**	**WHY? Por que vai ser feito?**	**WHO? Por quem vai ser feito?**	**WHEN? Quando vai ser feito?**	**HOW? Como vai ser feito?**	**HOW MUCH? Quanto custará**
"Necessidade de organização e qualificação nos atendimentos"	Diminuir a demanda na urgência e emergência	Melhorar a logística e direcionar o fluxo de atendimento	Na Atenção Básica e na Urgência e Emergência	Oferecer qualidade na assistência e diminuição do fluxo de atendimento	Gestores e coordenadores	1º semestre de 2023	Demonstração do número de atendimentos de AB na urgência e emergência e mostrando a oportunidade de melhora desse fluxo	Não haverá custos adicionais.
"Procedimentos que poderiam ser realizados na atenção básica"	Possibilitar acessos aos serviços de saúde do município	Criar de um fluxograma direcionando o usuário mencionando o que, a quem e onde procurar atendimento para sua demanda	Na rede de saúde do município	Descentralizar o fluxo de atendimento	Chefias e coordenadores	1º semestre de 2023	Demonstração do número de atendimentos de AB na urgência e emergência e mostrando a oportunidade de melhora desse fluxo	Não haverá custos adicionais.

Quadro 12 - Plano de ação (continuação)

“Investir e fortalecer a atenção básica”	Conscientizar os usuários a respeito dos serviços oferecidos na rede de saúde	Articular e divulgar dentro da rede de saúde os serviços que dispõe	Divulgação dentro das unidades	Melhorar o atendimento ao usuário	Coordenadores e profissionais de saúde da rede de saúde	1º semestre de 2023 e mensalmente	Com palestras e vídeos institucionais.	Não haverá custos adicionais.
“Implantação no prontuário digital na rede de saúde”	Melhorar o acompanhamento desse usuário que utiliza a rede de saúde do município	Melhoraria da articulação e comunicação entre os serviços oferecidos na rede de saúde do município	Na rede de saúde do município	Melhorar o atendimento ao usuário	Chefias e Técnico de informática (TI) do município	1º semestre de 2023	Demonstrar a necessidade de acompanhar esse usuário e oferecer assistência humanizada	A ser calculado de acordo com os insumos materiais necessários
“Necessidade do aumento do número de profissionais tanto na emergência quanto na unidade básica de saúde”	Melhorar a qualidade da assistência e a sobrecarga de trabalho do profissional de saúde	Realizar processo seletivo/ concursos públicos	Na rede de saúde do município	Melhorar o atendimento ao usuário	Chefias de saúde do município	1º semestre de 2023 e sempre que necessário	Demonstrar o aumento da demanda dos usuários do município	A ser calculado de acordo com o salário dos indivíduos contratados

Quadro 12 - Plano de ação (conclusão)

“Alinhamento entre as coordenações da unidade de saúde da família (UBS) e a coordenação da urgência e emergência (UE)”	Melhorar a qualidade da assistência	Melhorar a logística e direcionar o fluxo de atendimento	Na rede de saúde do município	Melhorar o atendimento ao usuário	Chefias e coordenadores	1º semestre de 2023 e sempre que necessário	Demonstrar o aumento da demanda dos usuários do município	Não haverá custos adicionais.
“Busca ativa das necessidades da população” e de	Referenciar o usuário de acordo com sua demanda	Ampliar a pactuação com os municípios vizinhos, convênios”	Na rede de saúde do município	Melhorar o atendimento ao usuário	Profissionais de saúde da rede de saúde	1º semestre de 2023 e sempre que necessário	Demonstrar o aumento da demanda dos usuários do município	Não haverá custos adicionais.
Estreitar a relação entre os profissionais de saúde, os ACS e o usuário	Melhorar a qualidade da assistência	Oferecer segurança a esse usuário	Na rede de saúde do município	Melhorar o atendimento ao usuário	Profissionais de saúde da rede de saúde	1º semestre de 2023 e sempre que necessário	Demonstrar o aumento da demanda dos usuários do município	Não haverá custos adicionais.

Fonte: A autora, 2022.

5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, a discussão inicia-se demonstrando a necessidade da interligação entre a Rede de Atenção à Saúde nas unidades de urgências e emergências e na atenção básica. Esse fato é perceptível perante a integração dos resultados pois as queixas comuns que levam os usuários as unidades de urgência e emergência emergem sob a ótica de serem problemas resolvíveis na atenção básica.

Os resultados quantitativos e qualitativos ilustram uma grande demanda de cunho ambulatorial, isso reafirma que a interligação entre as Redes se faz necessária, a fim de oferecer um serviço de qualidade e direcionado ao usuário. Os resultados corroboram para a elaboração de um plano de ação que vislumbra bem isso, pois profissionais observam que o direcionamento do fluxo otimiza o serviço e diminui a sobrecarga de trabalho e evita o desgaste do profissional e diminui a margem de erros.

Convém lembrar que os serviços oferecidos na atenção básica são diversificados e atendem a população de forma integral garantindo uma assistência multiprofissional. De acordo com o manual da Política de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o serviço de saúde tem que ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde demandados pela população e/ou de minimizar danos e sofrimento e ainda se responsabilizar pela resposta mesmo que esta necessidade seja ofertada em outros pontos de atenção da rede de saúde.

Outro ponto relevante é a necessidade de conexão entre as redes. Isso é exemplificado nos resultados, por exemplo, um paciente com diagnóstico de escabiose ou impetigo pode e deve ser tratado na atenção básica e acompanhado durante a sua evolução. O prontuário digital facilitaria nesse acompanhamento, pois a sua frequência às consultas seria controlada com possíveis busca ativa, caso fosse necessário.

Nesse ponto, os dados quantitativos e qualitativos se complementam, pois demonstram a necessidade de um maior investimento em tecnologia com a implantação do Prontuário digital, a fim de investigar e acompanhar melhor o usuário da rede. Isso possibilitaria um acompanhamento com maior efetividade para sanar as demandas do usuário. Dessa forma, torna-se crucial possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos para essa população (BRASIL, 2012).

É necessário a conexão entre os níveis de atenção do SUS, reduzindo a duplicidade de ações para a busca da equidade nos serviços. Convém lembrar que no que se refere ao acesso equitativo à saúde é importante estruturar o serviço a partir das exigências e dos problemas de

saúde dos usuários. Dessa forma, considera-se que há uma complexidade para atender as demandas e que a equidade agrega às políticas públicas de saúde (PORTO, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Outro ponto relevante é a necessidade da cobertura de 100% da população e a oferta de variados serviços de saúde não garantem que a população detém do acesso e usufrui de forma equalitária todas as ofertas desses serviços. Conforme a Política de Atenção Básica (BRASIL, 2012) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos promovem a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

Os resultados quantitativos auxiliaram a traçar de forma detalhada o perfil do usuário que mais procura o atendimento na unidade de urgência e emergência. Com a faixa etária de 33 anos, sexo masculino, busca pela clínica médica e com uma demanda maior de patologias do sistema músculo esquelético. Isso é importante, pois de acordo com os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2014b), é primordial equilibrar as ações de saúde com o perfil epidemiológico da população, a fim de direcionar as ações de saúde.

A participação da própria população no planejamento, na programação e na avaliação das ações de saúde das equipes de Saúde da Família contribui para o fortalecimento e investimento na atenção básica e orientação para a população sobre quais serviços oferecidos na atenção básica são primordiais (BRASIL, 2013). Os dados demonstram que os profissionais de saúde percebem essa necessidade e pontuam como um dado importante, inclusive tecem a necessidade de estabelecer de vínculo com a população.

De acordo com o Manual da Rede de Urgência e Emergência é importante reordenar a rede de atenção à saúde nas urgências e emergências de forma coordenada pela atenção básica (BRASIL, 2013). Perante isso, faz-se necessário a buscar e a referência desse usuário e aumento da pactuação com municípios vizinhos para atender as demandas do usuário da rede de saúde.

Diante das demandas geradas pela Pandemia da COVID-19 e apontado nos resultados integrados notou-se a importância dessa pactuação, pois as demandas de síndromes gripais principalmente para o grupo de pediatria tiveram um aumento considerável. Dessa forma, a necessidade de alguns serviços de atendimentos especializados na atenção básica seria necessária, a fim de diminuir a superlotação na unidade de urgência e emergência.

Estudos com enfermeiros que atuam na linha de frente apontaram que a sobrecarga no trabalho reflete claramente na redução do desempenho e possibilidade ampliada à infecção

desses profissionais de saúde (LIU *et al*. 2020). Esse fato mostra nitidamente o aumento da demanda nas unidades de urgência e emergência durante a pandemia COVID-19.

Vale ressaltar que a pandemia da COVID-19 exerceu uma pressão excessiva sobre os hospitais e os profissionais de saúde que atuam na linha de frente colocando-os sob estresse emocional crônico, afetados por esgotamento, sofrimento moral e problemas interpessoais (BRBOROVIĆ, O.; BRBOROVIĆ, H.; HRAIN, 2022).

Nessa discussão vale apontar alguns itens mencionados no plano de ação e que requerem uma atenção especial na pesquisa, pois foram observações dos profissionais que atuam nessa linha de frente. No que diz como sugestões de melhoria da articulação entre os serviços de urgência e emergência e a atenção básica, vale mencionar:

- Melhoria da logística e direcionamento do fluxo de atendimento;
- Criação de um fluxograma direcionando o usuário mencionando o que, a quem e onde deve procurar o atendimento desejado;
- Articular e divulgar dentro da rede de saúde os serviços oferecidos para esse usuário;
- Melhorar a comunicação entre os serviços oferecidos na rede de saúde e também entre os coordenadores de ambos os serviços, a urgência e emergência e a atenção básica;
- Melhorar a pactuação e convênios com os serviços dos municípios vizinhos; e
- Oferecer segurança e acesso para esse usuário, de forma que ele se sinta atraído e confiante para procurar os serviços oferecidos na rede de saúde do município.

De acordo com o Manual de urgência e emergência uma das metas é fomentar a rede de atenção à saúde articulando com a atenção básica visando uma atenção integral (BRASIL, 2013). E no que tange, a Política Nacional de Humanização (PNH), o objetivo primordial no contexto dos serviços de urgência e emergência é repensar e criar condutas em saúde, centrando na atenção resolutiva, humanizada e acolhedora (BRASIL, 2010b).

No que tange a articulação da atenção básica e a rede de urgência e emergência surge a lógica do cuidado de transição, pois quando ocorre uma integração entre os protagonistas do cuidado a plenitude assistencial se materializa, a fim de oferecer o melhor para o seu usuário. A educação em saúde dentro da lógica do cuidado de transição auxilia ao usuário e o profissional de saúde compreender a ligação existente entre os dois serviços, tanto atenção básica, quanto a emergência e urgência (BERNARDINO *et al.,* 2022).

A obtenção de informações e ações amparam o planejamento da alta no âmbito hospitalar e sua ação responsável constitui o produto final de um percurso que possui conceitos que transversalizam toda a malha assistencial dos níveis de complexidade do

Sistema Único de Saúde (SUS). Vale lembrar que a continuidade do cuidado ultrapassa a alta hospitalar, pois o usuário dentro da rede assistencial muitas vezes se perde por desconhecimento dos serviços oferecidos dentro da rede de saúde. A carência dos mecanismos de contrarreferência oferece insegurança aos usuários, esse fato o leva a procurar o serviço de pronto atendimento para eventual necessidade (BERNARDINO *et al.,* 2022).

A importância do serviço de enfermagem nessa ligação é crucial. Pode-se considerar que a Enfermeira de Ligação se traduz no profissional que possui a função ou atribuição de coordenar a transição de pacientes entre as unidades da rede de atenção, conciliando as necessidades de cuidado e a capacidade da rede em atendê-las com vistas à continuidade do cuidado na atenção básica (BERNARDINO *et al.,* 2022).

O ganho quanto ao cuidado de transição emerge em um cuidado focado na pessoa e em uma abordagem que prioriza a saúde da população. Assim, para que isso ocorra algumas mudanças necessitam ser realizadas em todos os serviços e em toda a rede para garantir que o atendimento seja coordenado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, superando a fragmentação na assistência à saúde (BERNARDINO *et al.,* 2022).

A transição bem-sucedida é o ideal, sobretudo aos relacionados às doenças crônicas. As evidências sugerem que um plano de Cuidados de Transição coordenado com a atenção básica pode resultar em uma redução no tempo de internação e nas taxas de readmissão para adultos com necessidades médicas complexas (BERNARDINO, *et al.,* 2022). Esse fato contribui para a reorganização do fluxo de atendimento dentro da rede de saúde.

A gestão do cuidado de transição não se permeia apenas aos enfermeiros de atenção básica e aos enfermeiros da emergência, mas também a todos os profissionais envolvidos na gerência do cuidado. Um estudo realizado com enfermeiros de unidades de internação clínica de instituições hospitalares públicas, privadas ou filantrópicas do Rio Grande do Sul demonstrou que a realização de encaminhamentos do hospital para a Atenção Primária à Saúde, comunicação entre os profissionais de saúde e a pouca formação em serviço para qualificação dos profissionais são dificuldades encontradas na gestão desse cuidado (ACOSTA *et al.*, 2018).

Com a chegada da pandemia COVID-19, tanto a atenção básica e a emergência sentiram seus efeitos. Os atendimentos presenciais nas Unidades de Saúde da Família foram priorizados para pacientes com queixas agudas não respiratórias e para aqueles com agudização de doenças crônicas, cuja abordagem poderia ser realizada na Atenção Primária de Saúde, com até algumas horas de tratamento e observação clínica, evitando a chegada desse

paciente nas unidades hospitalares e de pronto-atendimento, que estarão progressivamente sobrecarregadas (DAUMAS *et al.*, 2020).

Dentro do presente estudo os Resultados mostram que o motivo da busca pelo atendimento na RUE, em sua maioria são queixas musculoesquelética e respiratória, isso justifica-se pela chegada da pandemia. Dessa forma, as queixas inespecíficas e outros somam 11,11% e são de causas pouco complexas que se resolveriam nas Unidades Básicas de Saúde. Os acidentes e os problemas cardiovasculares somam 50% dos maiores motivos de busca e que seriam os frequentes na RUE.

Outro fato relevante, dentro desse contexto é a importância das campanhas educativas visando a veiculação que propaguem quanto a vacinação, esclarecimento quanto aos serviços oferecidos Atenção Básica de Saúde e os serviços de urgência e emergência, a estruturação dos serviços como um todo, vislumbrando os recursos materiais e humanos com ampla e contínua capacitação.

Como resultado da materialização de todo o estudo uma proposta de Plano de Ação foi elaborada com a intenção de contribuir para dinamização do fluxo de atendimento. Dentro de um esquema conceitual, essa proposta vem corroborando para um melhor entendimento dos objetivos traçados dentro do estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo logrou desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de enfermagem de uma Policlínica uma proposta de reorganização do atendimento da unidade de urgência e emergência. O objetivo principal foi atingido por meio da análise da demanda de atendimentos no contexto da pandemia da COVID-19, com integração de dados quantitativos e qualitativos. A escolha do método misto com estratégia transformadora sequencial se mostrou acertada, por ter sido possível elucidar com clareza o problema vivido, sendo possível produzir inferências mediante a temática abordada.

Os resultados obtidos apontam a necessidade de reorganização do fluxo de atendimento em consonância com as unidades de atenção básica. Esta necessidade foi reconhecida pelos profissionais que participaram de todas as etapas do estudo.

O primeiro objetivo específico, que foi identificar a demanda dos atendimentos na urgência e emergência e a rede de serviços de saúde das UBS do município no contexto da pandemia da COVID-19, foi alcançado através das visitas exploratórias com observação sistemática. Assim, foi possível identificar a complexidade das demandas que chegam nas unidades de urgência e emergência do município, entendendo as suas fragilidades, fortalezas e oportunidades de melhoria da rede de saúde.

Os resultados encontrados assemelham-se aos da literatura internacional e nacional, que apontam: dificuldades dos usuários para agendar consultas; necessidade de atender as demandas do usuário de forma mais emergente; desconhecimento dos serviços oferecidos na rede de saúde; carência de ações de educação em saúde; e falta de integração entre os profissionais de saúde e o usuário, principalmente na atenção básica.

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, foi alcançado o segundo objetivo específico, que foi descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a interligação entre a UBS e a Policlínica.

O terceiro objetivo específico foi construir um Plano de Ação para melhorar a articulação entre UBS e Policlínica, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem. A construção desse Plano de Ação foi possível por meio do Grupo Focal formado pelos profissionais de enfermagem orientado pela ferramenta 5W2H, propondo estratégias para fortalecer a rede de atenção à saúde.

É importante destacar a contribuição dos profissionais de saúde, tanto da atenção básica quanto aos profissionais da urgência e emergência, que se engajaram no estudo e

produziram resultados importantes para a organização da RAS do município. Particularmente os enfermeiros do serviço de urgência e emergência da policlínica municipal, que de forma participativa contribuíram para uma melhor visualização da problemática estudada.

A reorganização do fluxo de atendimento por meio de um Plano de Ação se mostrou possível de implementação. Essa foi uma contribuição relevante desse estudo, pois gerou para a unidade modificações positivas imediatas. O levantamento de Boletins de Atendimento com a extração de dados por meio de estatística descritiva incentivou a implementação de um banco de dados na unidade, em que os dados dos pacientes como: idade, sexo, definição de qual área programática pertence, começaram a serem levantados para uma melhor definição de ações de saúde.

Outra contribuição foi que através da pesquisa, considerando a confiabilidade dos dados apresentados, todo material levantado serviu de base para atender a uma exigência do Ministério Público, a qual solicitava o perfil de atendimento na policlínica estudada.

Como limitação desse estudo é importante reconhecer o fato do grupo focal que elaborou o plano de ação, apenas contar com a participação dos profissionais de enfermagem. No entanto, esta limitação não enfraquece a consistência dos dados, que encontra respaldo na literatura nacional e internacional.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o ensino, para a assistência e para a pesquisa, pois direcionar a assistência e oferecê-la de forma otimizada e qualificada sempre foi um dos papéis do Serviço Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al*. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, mar. 2015. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article /view/12338. Acesso em: 28 jan. 2023.

ACOSTA, A. M. *et al*. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, dez. 2018. Disponível em:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/ view/231432. Acesso em: 24 jan. 2023.

ALVES, J. C. T. *et al*. Impacto da pandemia da COVID-19 na epidemiologia pediátrica. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 3, p. 1-4, 2020. Disponível em: 10.25060/residpediatr-2020.v10n3-382. Acesso em: 22 ago. 2022.

ANDREOTI, M. T.; SANTOS, F. L. **A caracterização da demanda do setor de urgência e emergência sob a ótica dos usuários e profissionais de enfermagem**. 2014. Trabalho de conclusão de curso **(**Bacharelado em Enfermagem**)** – UNISALESIANO, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, SP, 2014. Disponível em: http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/57522.pdf. Acesso em: 02 ago. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERNARDINO, E. *et al*. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435. Acesso em: 24 jan. 2023.

BIANCHI, E. R. F.; MENZANI, G. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46978/23048. Acesso em: 15 nov. 2021.

BOOTH, A. *et al*. COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative studies). *In*: MOHER, D. *et al*. (ed.). **Guidelines for reporting health research**: a user's manual. Oxford: John Wiley & Sons, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch211. Acesso em: 24 ago. 2020. p.214-226.

BOSERUP, B.; MCKENNEY, M; ELKBULI, A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 9 p. 1732-1736, Sept. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738468/. Acesso em: 24 ago. 2022.

BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, 2011. Disponível em: http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais. Acesso em: 08 set. 2021.

BRANCO, A. *et al*. Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, 2020. Especial 1. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3759. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. Participar-pesquisar. *In*: BRANDÃO, C. R. (org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 7-14.

BRANDÃO**,** G. A. M. *et al*. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do Estado de São Paulo. **RFO Passo Fundo**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 247-252, set./dez. 2010. Disponível em: http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1669. Acesso em: 08 out. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **7 passos para Atenção Primária da 4ª edição do Guia orientador para enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_passos_atencao_primaria_4aed_guia.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo: diretrizes para organização da Rede de Atenção à saúde do Sus. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. [p. 1-7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30 _12_2010.pdf. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina nacional de planejamento no âmbito do SUS**: Redes de Atenção à Saúde**.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis/ gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp. html.
Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Dispõe do regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em 23 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 24 já. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**: volume 1: formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **APPMS**: agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020-2021_analise_pandemia_covid-19.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASSEUR, E. *et al*. Emergency department crowding: why do patients walk-in?. **Acta Clinica Belgica**, v. 76, n. 3, p. 217-223, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1710040. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRBOROVIĆ, O.; BRBOROVIĆ, H.; HRAIN, L. The covid-19 pandemic crisis and patient safety culture: a mixed-method study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 2237, Feb. 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206429/. Acesso em: 26 ago. 2022.

CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213116/001117616.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.

CEVALLOS, M.; EGGER, M. STROBE (STrengthening the reporting of observational studies in epidemiology). *In*: MOHER, D. *et al*. (ed.). **Guidelines for reporting health research**: a user's manual. Oxford: John Wiley & Sons, 2014. p. 169-179. Disponível em: https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch17. Acesso em: 24 ago. 2022.

CHANG, H.; KANG, M. W.; PAEK, S. H. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department utilization patterns in South Korea: a retrospective observational study. **Medicine (Baltimore)**, v. 101, n. 8, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029009. Acesso em 22 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 13 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atendimento da Rede de Atenção à Saúde durante pandemia - Covid-19**. Brasília, DF: CONASS, 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/04/ATENDIMENTO-DA-REDE-DE-ATENCAO-A-SAUDE-PANDEMIA.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. Plano. **Designing and conducting mixed methods research**. 3th ed. Califórnia: Sage publications, 2017.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 276p.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, D. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021. E-pub.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUSIDÓ, J. *et al*. Predicting hospital admissions to reduce crowding in the emergency departments. **Applied Sciences**, v. 12, n. 21, p. 1-16, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/app122110764. Acesso em: 29 jan. 2023.

DAUMAS, R. P. *et al*. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42563. Acesso em: 17 jan. 2023.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n. 41, p. 315-329, 2012. Disponível: https://doi.org/10.1590/S1414-3283201200020000. Acesso em: 10 jul. 2021.

GANDRA, Alana. Estado do Rio de Janeiro confirma primeiro caso de coronavirus. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 05 mar. 2020. Saúde, *online*. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/estado-do-rio-de-janeiro-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-0. Acesso em: 27 jan. 2023.

GHERMANDI, F. **Gestão da qualidade, o segredo para a melhoria contínua**. [*S. l.*]: Luz Lab de Ideias, 2017. Disponível em: https://blog.luz.vc/o-que-e/gestao-da-qualidade/#1. Acesso em: 08 out 2022.

GIAMELLO, J. D. *et al*. The emergency department in the COVID-19 era. who are we missing? **European Journal of Emergency Medicine**, v. 27, n. 4, p. 305-306, Aug. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345851/. Acesso em: 24 ago. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUETTERMAN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 554–561, Nov. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1370/afm.1865. Acesso em: 10 set. 2022.

HARMON, K. J. *et al*. The impact of the COVID-19 pandemic on the utilization of emergency department services for the treatment of injuries. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 47, p. 187-191, Sept. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33892334/. Acesso em: 23 ago. 2022.

HARRISON, R. L.; REILLY, T. M.; CRESWELL, J. W. Methodological rigor in mixed methods: an application in management studies. **Journal of Mixed Methods Research**, Feb. 2020. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1558689819900585. Acesso em: 10 set. 2022.

HARTNETT, K. P. *et al*. Impact of the COVID-19 pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. **MMWR Morbidity and Mortality**

Weekly Report, v. 69, n. 23, p. 669-704, Jun. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525856/. Acesso: 22 ago. 2022.

HEHN, R.; BUENO, A. L. M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e58, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37989. Acesso em: 23 jan. 2023.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. Metodologia de pesquisa. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

HONG, Q. N. *et al*. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, Dec. 2018. Disponível em: https://content.iospress.com/articles/education-for-information/efi180221. Acesso em: 24 ago. 2022.

IBGE. **Panorama**: Brasil/Rio de Janeiro/Tanguá. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/tangua/panorama. Acesso em: 23 nov. 2021.

JEYARAMAN, M. M. *et al*. Impact of employing primary healthcare professionals in emergency department triage on patient flow outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 12, n. 4, Apr. 2022. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2021-052850. Acesso em: 29 jan. 2023.

KRÄMER, J.; SCHREYÖGG, J. Substituting emergency services: primary care vs. hospital care. **Health Policy**, v. 123, n. 11, p. 1053-1060, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.013. Acesso em: 27 jan. 2023.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. *In*: BRANDÃO, C. R. (org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 51-81.

LEOPARDI, M. T. *et al*. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIU, Y. *et al*. Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. **International Journal of Nursing Sciences**, v .7, n. .2, p. 135-138, Apr. 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/ science/article/pii/S235201322030051X. https://doi.org/10.1016/j. ijnss.2020.03.011. Acesso em: 20 nov. 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2021.

MARQUES, M. **O que são as ferramentas de qualidade e qual a importância para seu negócio**? Goiânia, GO: MM, 2017. Disponível em: em: http://marcusmarques.com.br/estrategias -de-negocio/ferramentas-de-qualidade-qual-importancia-negocio. Acesso em: 02 ago. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto**

- Enfermagem, v. 17, n. 4, 2008. Disponível: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Acesso em: 23 jan. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MINDERHOUT, R. N. N. *et al*. Understanding people who self-referred in an emergency department with primary care problems during office hours: a qualitative interview study at a Daytime General Practice Cooperative in two hospitals in The Hague, The Netherlands. **BMJ Open**, v. 9, n. 6, 2019. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e029853.citation-tools. Acesso em: 27 jan. 2023.

NASSAR, S. M; WRONSCKI, V. R.; OHIRA, M. **SEstatNet**: Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis, SC: UFSC, 2015. Disponível em: http://sestatnet.ufsc.br. Acesso em: 23 jan. 2023.

NUNES, A. M.; MATOS, A. A. Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: desafio para a gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS).** v. 10, n. 1, 2021 . Disponível em: https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/19519. Acesso em: 17 set. 2022.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081. Acesso em: 23 jan. 2023.

OLIVEIRA, I. V. **Aplicação de ferramentas da qualidade para melhoria do atendimento em hospital público na cidade de Sumé - PB**. 2016. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia de Produção) Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, Universidade Federal de Campina Grande, Sumé, Paraíba, 2016. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/5497. Acesso em: 08 out. 2022.

OLIVEIRA, J. L. C. Integração de dados em pesquisas de métodos mistos: desafio e oportunidade para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 29, 2020. Editorial. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/WDgMcQxRLvmjQrwBQVMkb7K/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 out. 2022.

PAGE, M. J. *et al*. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 160, 2021. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160/submit-a-rapid-response. Acesso em: 23 jan. 2023.

PORTO, S. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. *In*: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. **Economia da saúde**: conceitos e distribuição para a gestão da saúde**.** Brasília, DF: IPEA, 1995. p. 123-140.

PRICE, D. *et al*. Patients' experiences of attending emergency departments where primary care services are located: qualitative findings from patient and clinician interviews from a realist evaluation. **BMC Emergency Medicine**, v. 22, n. 12, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12873-021-00562-9. Acesso em: 29 jan. 2023.

QUAH, L. J. J. *et al*. Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 32, p. 1-11, June 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298444/. Acesso em: 24 ago. 2022.

REARDON, S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. **Nature**, v. 519, n. 7541, p. 13-14, Mar. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739606/. Acesso em: 22 ago. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.) **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p

SÁ, A. P. *et al* (org.). **A importância da assistência de enfermagem na atenção básica à saúde**. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. 60 p. Disponível em: https://editoraomnisscientia.com.br/catalogos/ciencias-da-saude/a-importancia-da-assistencia-de-enfermagem-na-atencao-basica-a-saude/. Acesso em: 28 jan. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano da rede de urgência e emergência da macrorregião do Vale do Itajaí**. Vale do Itajaí: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-urgencias-rue/planos-de-acao-regionais-2/par-2020/18111-par-macrorregiao-do-vale-do-itajai/file. Acesso em: 28 jan. 2022.

SCHRAM, A. B.; DAL COL, A.; BORTOLI, S. Avaliação do impacto do isolamento social sobre o consumo de álcool e outras drogas durante a pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 17122-17140, 2022. Disponível em: https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/44956. Acesso em: 22 ago. 2022.

SILVA, D. P. *et al*. Importância da enfermagem na resolução da superlotação hospitalar visando à qualidade e a segurança do paciente. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 14345–14362, 2022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/44492. Acesso em: 24 jan. 2023.

SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1183-1207, 2010. Disponível: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n4/1183-1207/pt. Acesso: 17 set. 2021.

SMELTZER, S. C. *et al*. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2404 p.

TALARICO, V. *et al*. Impact of novel coronavirus disease-19 (COVID-19) pandemic in Italian pediatric emergency departments: a national survey. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 47, n. 47, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13052-021-00996-8. Acesso em: 20 ago. 2022.

TAPIA, A. D. *et al*. Assessing challenges with access to care for patients presenting to the emergency department for non-emergent complaints. **Medical Journal (Fort Sam Houston,**

Tex.), p. 74-80, Jul./Sep. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34449865/. Acesso em: 17 jan. 2023.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TIMMINS, L.; PEIKES, D.; MCCALL, N. Pathways to reduced emergency department and urgent care center use: lessons from the comprehensive primary care initiative. **Health services research**, v. 55, n. 6, p. 1003–1012, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1475-6773.13579. Acesso em: 24 set. 2023.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos procedimentos e reflexões baseadas em experiencias com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013. Acesso em: 13 set. 2022.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p 215-46.

UBIALI, A. *et al*. Frequent-users of emergency department: a mixed-methods observational retrospective study in Emilia-Romagna (Italy). **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php /nursing/article/view/6249. Acesso em: 23 jan. 2022.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Coronavírus**: Brasil confirma primeiro caso da doença. Brasília, DF: UNA-SUS, 2020. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca. Acesso em: 27 jan. 2022.

VIANNA, E. C. C. *et al*. Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. 1-8, 2022. Supl. 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/hjY7pfJPWjk PfqmGxYbHnnr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 ago. 2022.

VOLLMER, M. A. C. *et al*. The impact of the COVID-19 pandemic on patterns of attendance at emergency departments in two large London hospitals: an observational study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-9, Sept. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8460185/. Acesso em: 23 ago. 2022.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **The Journal of Hospital Infection**, v. 105, n. 1, p. 100-101, May 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147406/. Acesso em: 22 ago. 2022.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

A Sra./O Sr. está sendo convidado(a) a participar como voluntário (a) da pesquisa denominada **"Atenção à Saúde dos Usuários da Unidade de Emergência de uma Policlínica: Desafios e Possibilidades"**, realizada no âmbito do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Área de Concentração em Enfermagem, Saúde e Sociedade e diz respeito ao trabalho de conclusão de curso de dissertação do mestrado.

1. OBJETIVO: O objetivo do estudo é desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de saúde da Policlínica, uma proposta de reorganização da demanda de atendimento em uma Unidade de Emergência, a partir da organização do fluxo da Rede Atenção Saúde (RAS) no Município de Tanguá.

2. PROCEDIMENTOS: Serão realizados observações e seminários que tem a finalidade de promover discussões e tomada de decisões acerca da investigação para definição das ações com o intuito de elaborar um Plano de Ação envolvendo os profissionais de saúde do estabelecimento de saúde. A sua participação consistirá em estar presente nas rodas de conversas temáticas, nos seminários e em conceder entrevistas. A pesquisadora fará observações da unidade de saúde durante o horário de atendimento, descrevendo as impressões em um diário de campo.

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo. Considerando que é comum a todas as pesquisas com seres humanos há o risco de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Tem-se como risco também a divulgação de imagem, pois o estudo terá registros fotográficos. Objetivando minimizar esses riscos, o pesquisador sempre garante o sigilo e fará tudo que estiver ao seu alcance para mantê-lo, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo que as informações não sejam utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima e/ou de prestígio econômico – financeiro.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

Por outro lado, são esperados os seguintes benefícios com sua participação na pesquisa: aquisição de novos conhecimentos produzidos pela pesquisa o que contribui para melhoria do serviço de saúde na Policlínica e otimiza a qualidade da assistência para a população.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. O (a) pesquisador (a) responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. O Sr./A Sra. poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: A sua participação neste estudo não terá custos adicionais e não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica o Sr./Sra. garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: O Sr./Sra. receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante ao Sr./Sra. livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. O Sr./A Sra. poderá ter acesso ao(a) pesquisador(a) responsável entrando em contato com Izabela de Faria Batista Toledo - Mestranda de Enfermagem - Faculdade de Enfermagem da UERJ e como orientadora Profª. Drª. Célia Pereira Caldas - Edifício Paulo de Carvalho Boulevard, 28 de Setembro, 157/ 7° andar. Vila Isabel, 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ. Email: izaenfe@gmail.com. Tel: (21) 97276-1084. Caso Sr./Sra. tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do(a) participante:

_____

Assinatura:

_____

Nome do(a) pesquisador:

_____

Assinatura:_____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste termo de consentimento e estou de acordo em autorizar a minha participação nesta pesquisa.

Rio de Janeiro, ___/___/____.

APÊNDICE B – Roteiro dos dados coletados na análise documental

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

"Dados referentes ao Boletim de Atendimento Médico (BAM)"

Data: _____/_____/_____.

1- Nome:_____.
2- Idade:_____.
3- Sexo: ( ) F ( ) M
4- Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior
5- Município: ( ) Tanguá ( ) Outro Qual? _____.
6- Bairro:_____.
7- Queixa Principal:_____.
8- Diagnóstico Médico:_____.
9- Atendimento Fornecido (Encaminhamento dado):_____.

APÊNDICE C - Roteiro dos dados coletados por observação sistemática

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

"Roteiro de observação sistemática nas visitas exploratórias"

I – IDENTIFICAÇÃO

Unidade:_____.

Localização:_____.

II – ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS

Dados Específicos da Unidade Básica de Saúde

Quantidade de Equipe de Saúde da Família:_____.

Quantidade de Agente Comunitário de Saúde (ACS):_____.

Quantidade de Enfermeiras (o)s na Unidade:_____.

Quantidade de Médicos na Unidade:_____.

Quais especialidades médicas existentes na UBS:_____.

III – OUTROS ASPECTOS CONSIDERÁVEIS PARA COMPLEMENTO DA PESQUISA

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista - Atenção à saúde dos usuários de uma policlínica de urgência e emergência: desafios e possibilidades

Objetivo: Trata-se de uma pesquisa participativa com o objetivo de auxiliar na reorganização do fluxo de atendimento do município de Tanguá, integrando a atenção básica e a unidade de urgência e emergência. A pesquisa mantém total sigilo e segurança de acordo com comitê de ética e pesquisa. A sua participação é voluntária sem ônus algum. É de extrema importância a sua contribuição na ótica de profissional de saúde.

- Roteiro para entrevista:

01 - Diante desses resultados como vocês percebem a organização da rede de saúde do município?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

02 - Na opinião de vocês o que pode ser feito para melhorar o fluxo de atendimento na rede de saúde do município?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE E – Roteiro para condução do Grupo Focal (GF)

Atenção à saúde dos usuários de uma policlínica de urgência e emergência: desafios e possibilidades.

Senhores (as) participantes, obrigada por fazer parte deste estudo. Sua colaboração tem sido fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Farei uma breve apresentação da pesquisa e dos resultados da primeira fase, e conto com sua colaboração para a segunda fase.

1- Apresentação do estudo

Objeto:

A organização da demanda de atendimento em uma unidade de urgência e emergência.

Objetivo Geral

Desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de enfermagem de uma Policlínica uma proposta de reorganização do atendimento da unidade de urgência e emergência, a partir da análise da demanda de atendimentos de uma Policlínica em um município do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

a) Descrever a demanda dos atendimentos na urgência e emergência e a rede de serviços de saúde das UBS do município.

b) Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a interligação entre a UBS e a Policlínica.

c) Construir um Plano de Ação para melhorar a articulação entre UBS e Policlínica, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem.

2- Apresentação do resultado da fase quantitativa e qualitativa

Os resultados da primeira fase, que foram obtidos com através da análise descritiva e inferencial e análise de conteúdo. Dessa forma, apresento por meio de gráficos todos os resultados obtidos ao longo desse processo.

3- Discussão orientada pelas perguntas:

01 - Diante desses resultados como vocês percebem a organização da rede de saúde do município?

02 - O que essas categorias e subcategorias representam para vocês? Mediante as possibilidades de interligação e os limitadores, o qual é a avaliação de vocês?

4- Construção do Plano de Ação (sugestões de melhoria) orientada pela pergunta:

Na opinião de vocês o que pode ser feito para melhorar o fluxo de atendimento na rede de saúde do município?

- A construção do Plano de Ação orientada pela ferramenta 5W2H

What (o quê): o que será feito?

Why (por quê): qual o motivo dessa ação?

When (quando): quando isso deve acontecer?

Where (onde): onde acontecerá?

Who (quem): quem é o responsável?

How (como): como será feito o processo?

How much (quanto custa): qual o orçamento ou o custo?

ANEXO A - Carta de anuência

APÊNDICE A – Termo de Autorização para desenvolvimento da Pesquisa na Policlínica Municipal Demerval Garcia de Freitas (PMDGF).

Aos cuidados:

RODRIGO LOPES
Secretário Municipal de Saúde de Tanguá

RONI PELEGRINO
Diretor Administrativo da PMDGF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Na qualidade de Enfermeira Plantonista da Policlínica Municipal Demerval Garcia de Freitas (PMDGF) e participante do Grupo de Pesquisa da linha de pesquisa: Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem da Faculdade do Estado do Rio de Janeiro (FENF- UERJ) e sob orientação da Profª Drª Célia Pereira Caldas, venho por meio desta, solicitar autorização a Vossa Senhoria para a realização da pesquisa intitulada **"Atenção à Saúde dos Usuários da Unidade de Emergência de uma Policlínica: Desafios e Possibilidades"**, que tem como objetivo geral: desenvolver de forma participativa, junto com a equipe de saúde da Policlínica, uma proposta de reorganização da demanda de atendimento em uma Unidade de Emergência, a partir da organização do fluxo da Rede Atenção Saúde (RAS) no Município de Tanguá. A pesquisa terá duração de um ano entre a sua elaboração, coleta de dados e análise de dados. A identificação dos participantes da pesquisa será mantida em anonimato durante todas as fases o estudo de acordo com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo os seres humanos estabelecidos pela Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

PESQUISADORA: Izabela de Faria Batista Toledo.

ORIENTADORA: Célia Pereira Caldas.

Endereço da Instituição responsável pela pesquisa: Faculdade de Enfermagem da UERJ – Edifício Paulo de Carvalho Boulevard, 28 de Setembro, 157/ 7° andar. Vila Isabel, 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ.

Rio de Janeiro, 03 / 09 / 2021.

Assinatura do responsável pela Secretaria de Saúde do Município de Tanguá.

Rodrigo V. Lopes Pereira
Secretário Municipal de Saúde
Mat. 7034

ANEXO B - Parecer consubstanciado CEP UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE UMA POLICLÍNICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Pesquisador: Izabela De Faria Batista Toledo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50555321.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.022.365

Apresentação do Projeto:

Continuação do parecer de pendência anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Continuação do parecer de pendência anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do parecer de pendência anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Continuação do parecer de pendência anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética. Tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil, as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodologia estão explicitados, demonstrando aprofundamento e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

conhecimentos necessários para sua realização.

Os dados do CEP no TCLE foram corrigidos. A menção a registros fotográficos foi retirada do TCLE, a pesquisa não registrará imagens dos participantes nem do local de coleta de dados. O cronograma foi atualizado após as correções supracitadas.

O projeto pode ser realizado como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012 e CNS nº510/2016, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para outubro de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.ª que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493549.pdf	22/09/2021 22:28:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx	22/09/2021 22:26:21	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Outros	Carta_de_pendencia_assinada.pdf	22/09/2021 22:25:25	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Izabela.docx	22/09/2021 21:54:45	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Cronograma	Cronograma_corrigido.docx	22/09/2021 21:53:50	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	05/09/2021 20:50:23	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia_Atualizada.pdf	05/09/2021 20:33:21	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_Pesquisador_assinada.pdf	25/12/2019 19:43:57	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito
Orçamento	Orcamento_da_Pesquisa.docx	23/12/2019 19:40:56	Izabela De Faria Batista Toledo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Outubro de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br