

Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa

Decharacterization of care in the UPA: integrative review

*Descaracterización del cuidado en la UPA:
revisión integradora*

Marina Guimarães Matola de Moraes¹, Gabrielle Lucas da Silva¹,
Renata Rodrigues Teixeira de Castro², Adalgiza Mafra Moreno³,
Rúbia Walquíria de Carvalho⁴, Raphael Coelho de Almeida Lima⁵,
Roberta Rodrigues Teixeira de Castro⁶

1. Aluna. UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

2. Médica. Doutora. Marcílio Dias, UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

3. Fisioterapeuta. Doutora. UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

4. Administradora. Mestre. INCA. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

5. Médico. UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

6. Médica Veterinária. Doutora. INCA. UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos. Analisar a produção científica existente, descrevendo os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados aos motivos que levam os usuários classificados como não urgentes, segundo o protocolo de ACCR, à procura de atendimento nas UPA. **Método.** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados PUBMED e BVS e Google acadêmico, utilizando descritores específicos para cada base. Foram incluídos artigos completos, publicados entre 2010 e 2021 e disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês, sendo excluídos os artigos de revisões, teses, dissertações, artigos duplicados e os estudos que não contemplavam o tema em questão. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 6 artigos. **Resultados.** Foram identificados 12 fatores, sendo 4 intrínsecos (33,3%) e 8 extrínsecos (66,6%), demonstrando que os fatores relacionados à estrutura e forma de funcionamento das unidades que compõem a RAS influenciam em maior grau essa procura equivocada por atendimento nas UPA. Por outro lado, fatores intrínsecos, relacionados à percepção do paciente, não devem ser negligenciados uma vez que também propiciam reflexões quanto às intervenções práticas a serem desenvolvidas. **Conclusão.** Os fatores apresentados refletem diferentes frentes de ação capazes de reverter o quadro de descaracterização de atendimentos nas UPA.

Unitermos. Acolhimento; Emergência; Percepção; Qualidade da assistência à saúde

Abstract

Objectives. To analyze the existing scientific production, describing the intrinsic and extrinsic factors related to the reasons that lead users classified as non-urgent, according to the ACCR protocol, to seek care in the UPA. **Method.** This is an integrative literature review, carried out in the PUBMED and BVS and Google academic databases, using specific descriptors for each database. Full articles published between 2010 and 2021 and available in Portuguese, Spanish and English were included, excluding review articles, theses, dissertations, duplicate articles and studies that did not address the topic in question. After applying the eligibility criteria, 6 articles were selected. **Results.** Twelve factors were identified, 4 intrinsic (33.3%) and 8 extrinsic (66.6%), demonstrating that factors related to the structure and way of functioning of the units that make up the RAS influence this misguided search to a greater degree. for assistance in the UPA. On the other hand, intrinsic factors related to the patient's perception should not be neglected, as they also provide reflections on practical interventions to be developed. **Conclusion.** The factors presented reflect different fronts of action capable of reversing the situation of mischaracterization of care in the UPA.

Keywords. Reception; Emergency; Perception; Quality of health care

Resumen

Objetivos. Analizar la producción científica existente, describiendo los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con los motivos que llevan a los usuarios clasificados como no urgentes, según el protocolo ACCR, a buscar atención en la UPA. **Método.** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases de datos académicas PUBMED y BVS y Google, utilizando descriptores específicos para cada base de datos. Se incluyeron artículos completos publicados entre 2010 y 2021 y disponibles en portugués, español e inglés, excluyendo artículos de revisión, tesis, disertaciones, artículos duplicados y estudios que no abordaran el tema en cuestión. Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 6 artículos. **Resultados.** Se identificaron doce factores, 4 intrínsecos (33,3%) y 8 extrínsecos (66,6%), demostrando que los factores relacionados con la estructura y forma de funcionamiento de las unidades que integran el RAS influyen en mayor medida en esta búsqueda desafortunada de asistencia en la UPA. Por otra parte, no se deben descuidar los factores intrínsecos relacionados con la percepción del paciente, que también aportan reflexiones sobre las intervenciones prácticas a desarrollar. **Conclusión.** Los factores presentados reflejan diferentes frentes de acción capaces de revertir la situación de descaracterización del cuidado en la UPA.

Palabras clave. Recepción; Emergencia; Percepción; Calidad de la atención sanitaria

Trabalho realizado na UNIG. Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 03/06/2022

Aceito em: 28/07/2022

Endereço para correspondência: Roberta RT Castro. Email: robcastrogiovanna31@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada pela Portaria nº 1.863 de 2003, a descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade se apresentou como uma tentativa de reduzir a sobrecarga dos hospitais de maior porte¹.

Desta forma, foram implantadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, objetivando garantir atendimento aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e em situações cirúrgicas ou de trauma².

Entretanto, devido a insuficiência e pouca integração existente entre os diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), identificou-se distorção no processo de trabalho das UPA e descaracterização do seu perfil, uma vez que a maioria dos casos que demandam por atendimento nestas unidades são classificados como ambulatoriais ou intercorrências que poderiam ser resolvidas pela atenção primária em saúde (APS)³.

Critérios como gravidade ou urgência do problema/necessidade, tecnologias e recursos disponíveis, resolutividade da atenção, acolhimento e vínculo criados, condições de acesso (distância da residência e facilidade de deslocamento), agilidade no atendimento, dentre outros, favorecem para o desenvolvimento dessa demanda desordenada⁴. Neste contexto, o Acolhimento e Classificação de Risco (ACCCR) surge como uma estratégia capaz de qualificar o atendimento prestado mesmo diante das dificuldades supracitadas, se norteando pelo acolhimento, escuta qualificada e oferta de assistência oportuna e pontual, contribuindo assim para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos^{5,6}. Desta forma, o objetivo geral deste trabalho é analisar a produção científica existente descrevendo os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados aos motivos que levam os usuários classificados como não urgentes, segundo o protocolo de ACCR, à procurem o atendimento nas UPA. Acredita-se que os resultados do estudo contribuirão para reflexão e discussão sobre o atual funcionamento da rede de atenção à saúde.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, sendo materializado por meio de uma pesquisa bibliográfica, classificada como Revisão Integrativa da Literatura, com enfoque qualitativo, uma vez que neste tipo de pesquisa os dados coletados são analisados de forma empírica, não precisando de mensuração estatística⁷.

O estudo exploratório busca aprofundamento em determinado tema visando uma aproximação com a questão a ser estudada, sobretudo de assuntos que são de pouca exploração na literatura científica. Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica, por ter como fonte de dados pesquisas já publicadas, permite a explorar e compilar a discussão de vários autores sobre uma temática⁷.

Para a sua realização, esta pesquisa utilizou a técnica de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que propõem 6 fases, sendo: 1ª Fase: a elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura que contemple critérios de inclusão e exclusão de acordo com o objetivo da pesquisa; 3ª Fase: coleta de dados extraíndo todos os dados relevantes da amostragem; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados, a qual se compara dados evidenciados na análise; 6ª Fase: apresentação da revisão com uma boa visualização dos achados do estudo⁸.

Desta forma, foi estabelecida a seguinte pergunta norteadora: "O que mostram as evidências científicas dos últimos 11 anos sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos

relacionados aos motivos que levam os usuários classificados como não urgentes, segundo o protocolo de ACCR, à procurem o atendimento nas UPA e quais estratégias capazes de qualificar o serviço prestado foram descritas?”

Foram considerados elegíveis os artigos científicos completos, nos idiomas inglês, espanhol ou português publicados no período de janeiro de 2010 até junho de 2021 no PUBMED e 2010 a 2021 na BVS. A escolha do período ocorreu devido a implantação do ACCR nas UPA ter ganho impulso em 2010, quando se definiu uma política nacional voltada para conformar Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A busca foi realizada inicialmente em periódicos indexados nas bases de dados por meio do buscador *PubMed* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com última atualização em novembro de 2021, sendo excluídas teses, dissertações, monografias, livros e revisões de literatura independente do estilo.

Em virtude das características específicas para a pesquisa nas duas bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas. Para as buscas no PUBMED, foram combinadas por meio dos conectores booleanos *AND* e *OR*, os descritores *risk classification*, *emergency*, *Manchester Protocol*, *Manchester system OR Manchester*. Triagem de acordo com o *Medical Subject Heading* (MeSH). Seus equivalentes na língua portuguesa, estabelecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram unidade de pronto atendimento, classificação de risco e Protocolo de

Manchester, sendo a busca realizada por título, assunto ou resumo do Portal Regional da BVS.

Optou-se por realizar inicialmente uma busca mais sensível uma vez que o termo Unidade de Pronto Atendimento só apareceu em 13 artigos no PUBMED. Desta forma, a busca foi realizada por artigos realizados nos diferentes serviços de emergência sejam eles *emergency care unit, emergency unit* ou *emergency service*.

Assim, a pesquisa pelos descritores *emergency, risk classification, Manchester Protocolo, Manchester system* e *Manchester Triage*, identificaram 181 resultados. Após a leitura de todos os títulos e resumos, quando necessário, todos os artigos foram descartados por não se enquadrarem na temática deste trabalho e critério pré-estabelecidos.

Na BVS foram identificados 174 artigos utilizando apenas o descritor unidade de pronto atendimento. O refinamento da busca por classificação de risco resultou em apenas 35 artigos e Protocolo de Manchester em apenas 7, totalizando 42. Seus títulos e resumos foram lidos e, destes, 9 foram pré-selecionados para leitura na íntegra, sendo 4 excluídos por não se adequarem à questão norteadora ou aos critérios pré-estabelecidos e 1 por possuir apenas o resumo.

Tendo em vista a escassez de artigos sobre a temática em pauta, desenvolvidas nas UPA, optou-se por expandir a busca no google acadêmico no período de 2010 a 2021. Neste foram encontrados 1980 resultados utilizando Unidade de pronto atendimento e classificação de risco e 464

utilizando Unidade de pronto atendimento e Protocolo de Manchester, sendo necessário restringir a busca utilizando a palavra usuário. Ao incluir esta palavra houve uma redução para 1510 e 370 artigos, respectivamente, totalizando 1880 para análise.

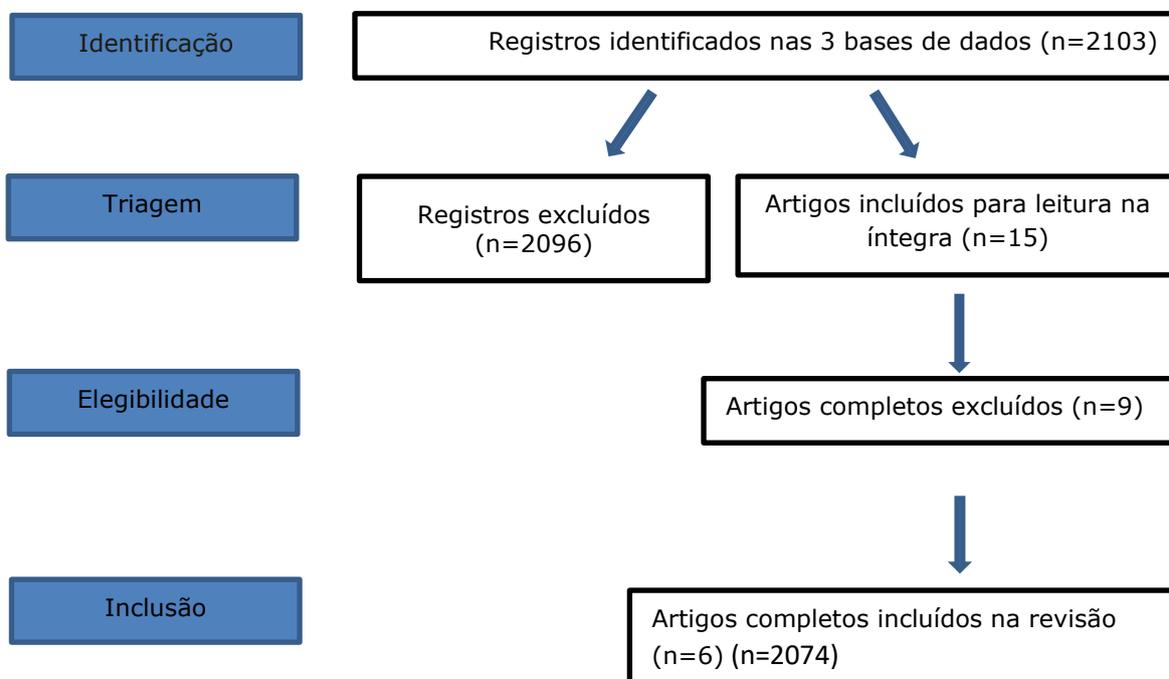
Destes, todos os títulos foram lidos, sendo a grande maioria já excluída neste primeiro momento. Cabe ressaltar que todos os autores deste trabalho, participaram das diferentes fases da seleção dos artigos, visando garantir o rigor da seleção. Por consenso, 6 foram selecionados para leitura na íntegra e apenas 2 foram selecionados, sendo dos 1880, 1873 excluídos por não se enquadrarem na temática deste trabalho e 5 por estarem duplicados na BVS.

Desta forma, no total foram encontrados 2103 artigos (181 no *Pubmed*, 42 na BVS e 1880 no google acadêmico), sendo apenas 6 selecionados para leitura na íntegra (Figura 1). Destes, 2096 foram excluídos por se distanciar da temática ou por estarem duplicados e 1 por só se apresentar em forma de resumo.

Os 6 artigos⁹⁻¹⁴ foram classificados por níveis de evidências¹⁵, sejam eles: Nível 1: evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise; Nível 2: evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado; Nível 3: evidências oriundas de ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; Nível 4: evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6:

evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Figura 1. Fluxograma representativo da busca nas bases de dados Pubmed, BVS e google acadêmico.



Posteriormente, foi construído um quadro sinóptico (Quadro 1), com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, contemplando os seguintes aspectos sobre os artigos selecionados: título, ano de publicação, população de estudo, objetivos, resultados e recomendações para a prática. Do total de artigos analisados, 4 ocorreram na região Sul, 1 na região sudeste e 1 na centro-oeste demonstrando o gargalo existente sobre a temática em todas as regiões do Brasil, em especial no norte e nordeste. Quanto ao período de publicação não houve nenhum padrão, estando dispersos ao longo dos anos.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados para a revisão.

Título/ano	Local de estudo	Objetivos	Resultados	Recomendações para a prática
Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento 2020 ⁹	UPA de um município de grande porte do Rio Grande do Sul-RS	Conhecer e analisar a demanda e perfil dos usuários adultos vinculados a 12 UBSs, que buscaram atendimento clínico em uma UPA e foram classificados como pouco urgentes.	Identificou-se que a população adulta jovem procura a UPA em horários em que as Unidades de Saúde já estão fechadas, enquanto idosos se consultam em horários em que as UBS estão abertas.	Focar modelos de atenção voltados às necessidades da população, com protocolos voltados às demandas mais prevalentes; proporcionar acesso mais oportuno às UBS; qualificar o pronto atendimento com atendimento mais organizado e resolutivo; promover a integração entre os diferentes serviços da rede.
Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil 2017 ¹⁰	Duas UPA do município de Florianópolis-SC	Caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado nas UPA.	Evidenciou-se a busca dos usuários por atendimento em local mais próximo da residência.	Fortalecer a APS como primeira opção de porta de entrada no sistema; efetivar estratégias de educação em saúde.
Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento 2016 ¹¹	UPA em Campo Grande-MS	Identificar as características sociodemográficas, perfil nosológico e as razões pela busca desses usuários à Unidade de Pronto Atendimento.	Identificou-se como principal motivo de procura por atendimento na UPA a demora no atendimento e ausência do médico na unidade básica.	Investir em registros mais coerentes capazes de permitir um planejamento de atividades mais próximo das necessidades da população assistida; identificar fragilidades e potencialidades das UBSs.
Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco 2021 ¹²	UPA localizada em região central do Rio Grande do Sul-RS	Identificar a compreensão dos usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas por dia sobre a classificação de risco.	Verificou-se que o fator determinante na escolha pela UPA é a necessidade de desejar atendimento médico independente do tempo de espera.	Capacitar profissionais para desenvolverem ações de educação em saúde
Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: Perspectiva do Usuário 2012 ¹³	UPA do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.	Analisar a procura pelo Pronto Atendimento (PA) na perspectiva do usuário	Verifica-se que a população valoriza o uso das tecnologias na resolução de suas necessidades, sem renunciar à clínica, incluindo em sua abordagem o acolhimento, escuta e trato humanizado.	Qualificar os profissionais da atenção básica, para que estes estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários
Avaliação da utilização dos serviços das unidades de pronto atendimento de um município brasileiro 2016 ¹⁴	UPA dos municípios de Serra-Capital e Carapina no estado do Espírito Santo-ES.	Analisar os motivos de escolha pela utilização dos serviços de emergência das UPA.	Identificou-se que o principal motivo para procura por atendimento na UPA é a garantia do atendimento no mesmo dia.	Fortalecer a atenção primária e conscientizar a população sobre a finalidade dos serviços de emergência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 6 artigos selecionados para avaliação na íntegra, abordavam conteúdos relacionados à fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados aos motivos que levam os pacientes classificados como pouco ou não urgentes a procurarem atendimento nas UPA, direcionando a discussão em torno dessas 2 categorias temáticas, bem como recomendações práticas capazes de contribuir para a mudança do cenário encontrado.

Foram identificados 12 fatores, sendo 4 intrínsecos (33,3%) e 8 extrínsecos (66,6%), demonstrando que os fatores relacionados à estrutura e forma de funcionamento das unidades que compõem a rede de atenção à saúde influenciam em maior grau essa procura equivocada por atendimento nas UPA (Tabela 2). Por outro lado, fatores intrínsecos, relacionados à percepção do paciente, não devem ser negligenciados uma vez que também propiciam reflexões quanti às intervenções práticas a serem desenvolvidas.

Vale ressaltar que todos os elementos identificados como intrínsecos os extrínsecos se relacionam ao direcionamento dado pelo instrumento de coleta dos dados nas pesquisas e/ou a valoração subjetiva de cada um dos respondentes. Entretanto, independente dos interesses envolvidos, permitem reflexões sobre formas de qualificar os processos de trabalho e compreender como vem se dando a integração na RAS.

Tabela 2. Fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados aos motivos que levam os pacientes classificados como pouco ou não urgentes a procurarem atendimento nas UPA, nos 6 artigos analisados.

Fatores Intrínsecos	n	Fatores Extrínsecos	n
Percepção de que o atendimento será garantido	2	Horário de atendimento das UBS restrito	2
Maior vínculo, acolhimento e escuta qualificada	1	Proximidade em relação à residência	2
Percepção equivocada de sua gravidade	1	Atendimento demorado na UBS	4
Valorização de instrumentos de maior densidade tecnológica (exames, medicamentos, etc)	1	Ausência de médico na UBS	1
		Atendimento pouco resolutivo na UBS	2
		Dificuldade de acesso na UBS	4
		Proximidade ao trabalho	1
		Desburocratização do atendimento (demanda espontânea, fornecimento de medicamentos, realização de exames, etc)	1

O fator intrínseco que apareceu com maior frequência, em apenas 2 artigos analisados, se refere a percepção de que o atendimento será garantido, independente do tempo de espera para que o mesmo seja concretizado^{12,14}. O fato do atendimento nunca ser negado, indica que as práticas excludentes do modelo de triagem foram superadas pela nova proposta do ACCR.

Embora seja um aspecto facilitador de acesso, rompendo muitas barreiras vivenciadas pelo usuário na busca pelo atendimento, representa um problema no que

tange à sobrecarga de atendimento nas UPA impossibilitando a realização de um atendimento mais qualificado devido ao comprometimento do tempo dedicado à cada paciente^{16,17}. Tal achado, coaduna ainda com o fato do acesso e acolhimento em saúde oferecidos pelo SUS serem encarados pelo paciente como um favor e não como um direito expresso na constituição e leis orgânicas de saúde¹³.

Em um dos artigos analisados, o vínculo, o acolhimento e a escuta qualificada da UPA em relação à UBS favoreceu essa procura desordenada. Mas ainda foram valorizados os instrumentos de maior densidade tecnológica (exames, medicamentos etc.), sendo estes, atrativos para a busca por atendimento nas UPA¹³. Tais achados corroboram com estudos que demonstram a indissociabilidade de elementos relacionais, sociais, culturais e tecnológicos para atender plenamente as demandas do paciente, indo ao encontro da proposta da PNH e ACCR que reforça a importância da humanização desse atendimento^{6,16-19}.

Quanto a percepção equivocada de sua gravidade, acredita-se que embora a educação em saúde seja uma estratégia capaz de orientar o paciente quanto à utilização adequada dos diferentes elementos da rede de atenção à saúde (RAS), não é suficiente para resolver a subjetividade relacionada a classificação de risco. Supõe-se que embora protocolo seja o principal elemento tecnológico do ACCR, por si só, pode negligenciar elementos que caracterizem a necessidade de priorização de alguns pacientes, tornando a ferramenta promotora de iniquidades. Desta forma, torna-se

necessário flexibilizar o protocolo em função das diferentes demandas trazidas pelos usuários, visando qualificar o atendimento prestado^{13,20}.

Ainda, a falta de orientação desencadeia a busca dos usuários a partir de experiências vivenciadas, em um processo contínuo de “aprender por conta própria” a utilizar os serviços de saúde²⁰. Mas, acredita-se no seu potencial impulsionador de mudanças comportamentais e promotor do exercício do controle social^{7,21,22}.

Os principais fatores extrínsecos discutidos nos artigos relacionaram-se às fragilidades da RAS, se apresentando como consequências diretas ou indiretas da desorganização e falta de articulação entre os elementos que compõem a rede, sejam eles: dificuldade de acesso na UBS e atendimento demorado na UBS; proximidade em relação à residência; atendimento pouco resolutivo na UBS e horário de atendimento das UBS restrito; ausência de médico na UBS, proximidade do trabalho e desburocratização do atendimento. Esses achados vêm ao encontro de outros estudos que apresentam a fragmentação da rede como propulsora de demanda crescente nas UPA, gerado superlotação e dificuldades diversas na condução dos seus processos de trabalho, conforme preconizado em protocolo²³.

O horário restrito de atendimento nas UBS demonstra ser incompatível com as demandas da sociedade, principalmente quando nos referimos a população adulta e produtiva que geralmente procura por atendimento à noite,

após completar seu expediente de trabalho¹⁰. Já a demora para conseguir atendimento nas UBSs retratada nos artigos, associada a insuficiência de médicos, reforça a percepção dos pacientes de garantia do atendimento nas UPA e da desburocratização do atendimento, tendo em vista que esperar, independente do tempo de espera, promoverá seu atendimento no mesmo dia, bem como o acesso a insumos tecnológicos, acolhimento e escuta^{12,22}.

Outro fator explorado foi a distância. Embora a maior distância não inviabilize a procura por atendimentos resolutivos^{9,14}, a facilidade em percorrer distancias mais curtas favoreceu a procura pela UPA^{10,11}, demonstrando que a localização geográfica das UPA torna-se um atrativo para a os pacientes¹¹.

Todos os artigos analisados trouxeram recomendações práticas que visam justamente superar os aspectos negativos encontrados, mas não permitiram uma discussão aprofundada sobre a forma de concretizar as mesmas.

Acesso mais oportuno às UBS, qualificação do pronto atendimento, integração com a RAS, colocar o paciente e família como foco do atendimento, ampliar educação em saúde, capacitação, dentre outras ações, demandam tempo e dedicação dos profissionais envolvidos, que se encontram sobrecarregados e estressados diante da sobrecarga de trabalho, e/ou a ampliação do quadro de recursos humanos e de investimentos financeiros em um cenário de restrição cada vez mais potente.

Ressalta-se a importância de revisão das práticas de educação em saúde atualmente adotadas, pois um dos artigos afirma que a divulgação de banner, não vem sendo capaz de ampliar o conhecimento dos usuários nos serviços¹¹. Desta forma, embora algumas iniciativas exitosas possam ser evidenciadas, acredita-se que o esforço feito apenas pelos profissionais atuantes nas UPA não seja suficiente para minimizar o cenário encontrado, sendo necessário um olhar mais macro, que integre diferentes elementos da RAS, para que maiores passos possam ser dados.

Alguns estudos internacionais reforçam a importância de integrar ferramentas relacionais e informacionais para fortalecer a atenção primária, implantando suporte via telefone, atendimentos domiciliares, definição de metas para os serviços de urgência e serviços específicos para acompanhamento dos idosos^{24,25}. Outro estudo compreende que a solução estaria a nível de determinantes sociais de saúde, sendo necessário investirmos em políticas públicas intersetoriais capazes de reduzir problemas de saúde, renda, emprego, educação, moradia e níveis de criminalidade²⁶.

CONCLUSÕES

A grande demanda de pacientes que não se classificam como atendimento de urgência ou emergência, na tentativa de suprir barreiras encontradas na atenção primária, dentre outros aspectos identificados, excedem a capacidade das

UPA, gerando uma série de consequências negativas para os usuários, profissionais e serviço.

Os fatores intrínsecos e extrínsecos analisados se apresentam como uma possibilidade de qualificar as práticas de gestão das UPA e dos demais elementos que compõem a RAS, uma vez que os serviços se complementam e precisam estar funcionando adequadamente e de forma articulada para que nenhum deles se sobrecarregue.

Desta forma, acredita-se que a inclusão de gestores e diferentes atores envolvidos na RAS nessa discussão, seja fundamental para definir modelos de gestão focados de fato na necessidade de saúde da população.

Poucos trabalhos vêm sendo realizados sobre ACCR as especificidades de sua aplicação prática nas UPA. Mais escassos ainda são os trabalhos envolvendo uma discussão sobre motivos que levam pacientes classificados como pouco ou não urgentes a procurarem atendimento nas UPA.

REFERÊNCIAS

1.Rardow RMV, Brito, MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerente de Unidade de Pronto-Atendimento. Rev Rene 12;esp tem:904-12.

http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf

2.Machado GC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. Cad Saúde Col 2015;23:416-24.

<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040177>

3.Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. Rev Bras Enferm 2003;56:12-7.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100003>

4.Zanellatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Cienc Cuid Saúde 2010;9:358-65.

<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i2.9390>

5. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc Cuid Saúde* 2010;9:494-502. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v9i3.9545>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
7. Prodanov CC, Freitas ECD. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo: Universidade Feevale 2013, 276p. https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010;8:102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
9. Scharfirowitz G, Souza AC. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. *Interface* 2020;24(supl 1):1-15. <https://doi.org/10.1590/Interface.190630>
10. Cassettari S, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidade de Pronto Atendimento do Município de Florianópolis. *Texto Contexto Enferm* 2017;26:e3400015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
11. Picoli R, Cazola LHO, Maurer NMJS. Usuários de Classificação de Risco Azul em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Cogitare Enferm* 2016;21:1-7. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43044>
12. Cesar MP, Ilha S, Pereira VC, Rosa PH, Buriol D, Rangel RF. Percepção de Usuários de um Pronto Atendimento 24 horas acerca da Classificação de Risco. *Rev Pesqu* 2021;13:330-5. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>
13. Gomide M, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e Demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: Perspectiva do Usuário. *Acta Paul Enferm* 2012;25(Número Especial 2):19-25. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>
14. Zanon LR, Zanin L, Florio FM. Avaliação da utilização dos serviços da Unidade de Pronto Atendimento de um Município Brasileiro. *Rev Gaucha Odontol* 2016;4:411-8. <https://doi.org/10.1590/1981-863720160003000073043>
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and health: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins Health, 2011.
16. Oliveira SND, Ramos BJ, Piazza M, Prado MLD, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de pronto atendimento- UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2015;24:238-44. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>
17. Hermida PMV, Jung W, Nascimento ERP, Silveira NP, Alves DLF, Benfatto TB. Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros. *Rev Enferm* 2017;25:19649. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649>

18.Oliveira KKD, Amorim KKPS, Lima APFN, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Rev Min Enferm 2013;1:157-64.

<https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p484a495>

19.Gouveia MT, Melo SF, Costa MWS, Souza JMM, Sá L, Pimenta CJL, et al. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento. Rev Min Enferm 2019;23:e-1210.

<https://doi.org/10.5935/1415-2762.2019005>

20.Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsividade do Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em Unidades de Pronto Atendimento. Texto Contexto Enferm 2019;28:e20170480.

<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>

21.Tostes PCR, Celestino CSM, Cruz KM, Chevitarese L. Acolhimento com Classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento: uma abordagem educativa. Rev Rede Cuidados Saúde 2018;52:e03318.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>

22.Campos TS, Arboit ÉL, Mistura C, Thum C, Arboit J, Camponogara S. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. Rev Bras Prom Saúde 2020;33:1-11.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2020.9786>

23.Moreno ECSG, Santos FM, Marinho DDT, Santos JMJ, Cunha JO. Acolhimento Com Classificação De Risco Em Um Hospital Da Rede Pública: Percepção Dos Usuários. Rev Saúde Pesqu 2018;11:89-97.

<http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p89-97>

24.Marshall EG, Clarke B, Burge F, Varatharasan N, Archibald G, Andrew MK. Improving continuity of care reduces emergency department visits by longterm care residents. J Am Board Fam Med 2016;29:201-8.

<http://doi.org/10.3122/jabfm.2016.12.150309>

25.Mason S, Mountain G, Turner J, Arain M, Revue E, Weber EJ. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care: a review study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2014;22:55.

<https://sjtrem.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13049-014-0055-1.pdf>

26.Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. Br J Gen Pract 2011;61:e787-93.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3399/bjgp11X613124>