

O problema da regulação assistencial nos prontos-socorros: Uma proposta de melhoria

The problem of care regulation in emergency rooms: A proposal for improvement

 <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-085>

Candida do Socorro Conte de Almeida
Ma.

Sílvia Ferreira Nunes
Profa. Dra.

Silvestre Savino Neto
Prof. Dr.

Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça
Profa. Dra.

Oswaldo Gomes de Souza Júnior
Prof. Dr.

Elson Ferreira Costa
Prof. Dr.

Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia-Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (PPGSA-FSCMPA)-Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde

RESUMO

Introdução: Os prontos-socorros são estruturados para atender os casos graves de alta e média complexidade. Os hospitais atendem casos críticos, casos ditos de urgência, casos de atenção primária e especializada à saúde e casos de urgência social. Por comprometer o atendimento de urgência e emergência e os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro-SUS, há a necessidade de observação de como os casos não urgentes podem ser inseridos efetivamente no atendimento dos prontos-socorros. Objetivos: Estudar o atendimento de urgência e emergência visando a regulação dos usuários classificados como não urgentes para as unidades de atenção primária à saúde, conhecer o perfil epidemiológico do usuário do serviço, analisar o diagnóstico a partir dos dados levantados e propor melhorias. Metodologia: Trata-se

de uma pesquisa aplicada, exploratória, documental, quantitativa e de abordagem cartográfica com 3.068 usuários de um pronto-socorro público municipal classificados como não urgentes, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2021. Após a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, foram coletados dados sobre o sexo, idade, dia e horário de atendimento, município e

bairro de moradia e queixa ou situação apresentada, que foram organizados e analisados através da estatística descritiva e do sistema de informações geográficas, sendo o número de atendimentos maior no ano de 2019 do que no período de 2020-2021, durante a pandemia de Covid-19. Resultado: As características gerais da demanda são: homens, 30 a 41 anos, dia útil da semana, horário matutino, município a 14,3km de distância do Serviço, bairros do próprio município entre 2,9km a 4,7km com 60.000 a 100.000 habitantes e queixas traumatológicas. A demanda não regulada é maior e em média após 7,33 dias de queixa ou situação apresentada e oriunda de bairros com baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família. Conclusão: Há falta de estudos sobre o tema e de políticas públicas para minimizar aglomerados, atendimento de usuários classificados como não urgentes no pronto-socorro com vista à integração na atenção primária à saúde e de efetivação da rede de assistência à saúde dos casos críticos. O estudo propõe o pronto-socorro como primeira atenção comportando um núcleo multidisciplinar de profissionais de apoio às urgências e emergências para cooperar com a integralidade do atendimento à saúde entre outras propostas de melhorias.

Palavras-chave: Política pública, Assistência ambulatorial, Demandas, Classificação, COVID.

ABSTRACT

Introduction: The emergency rooms are structured to attend severe cases of high and medium complexity.

Hospitals take care of critical cases, so-called urgent cases, cases of primary and specialized health care and cases of social urgency. As it compromises urgent and emergency care and the principles of the Brazilian Unified Health System-SUS, there is a need to observe how non-urgent cases can be effectively included in emergency room care. Objectives: To study urgency and emergency care, aiming at the regulation of users classified as non-urgent for primary health care units, to know the epidemiological profile of the service user, to analyze the diagnosis made and to propose improvements. Methodology: An applied, exploratory, documentary, quantitative research with a cartographic approach with 3,068 users of a municipal public emergency room classified as non-urgent, from January 2019 to November 2021. After approval by the Research Ethics Committee, data were collected: sex, age, day and time of service, municipality and neighborhood of residence and complaint or situation presented, which were organized and analyzed using descriptive statistics and the geographic information system, being that the number of attendances was higher in 2019 than in the period 2020 and 2021, during the pandemic. Result: The demand characteristics in the two periods are: men, 30 to 41

years old, on a working day, in the morning, from a municipality 14.3 km away from the Service, from neighborhoods of the municipality between 2.9 to 4.7 km with 60 to 100 thousand inhabitants and traumatological complaints. The spontaneous or unregulated demand is higher and, on average, after 7.33 days of complaint or situation presented, and in the neighborhoods where the coverage of the Family Health Strategy is low. Conclusion: There is a gap in the study of the subject and lack of public policies to minimize clusters, to care for users classified as non-urgent in the emergency room with a view to integration in primary health care and for the effectiveness of the health care network for critical cases. The study proposes the emergency room as the first care, comprising a multidisciplinary core of urgent and emergency support professionals to cooperate with the integrality of health care, among other proposals for improvements.

Keywords: Public policy, Ambulatory assistance, Demands, Classification, COVID.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal (CF), o atendimento à saúde é direito de todos e dever do Estado. Deve ser ofertado de modo integral, sem prejuízo da assistência, garantido por políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

De acordo com Tezoto e Oliveira (2018), a Carta Magna assegurou o princípio da cidadania aos usuários e aos trabalhadores dos serviços de saúde e o princípio de ouvidoria, para representar cada cidadão que recorre aos serviços prestados pelo Governo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), após os fundamentos da CF, foi instituído pela Lei Orgânica n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e pela Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS considera o conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde como resultante de condições de alimentação, renda, habitação, trabalho, acesso a serviços de saúde, educação, meio ambiente, transporte, lazer, acesso e posse da terra e liberdade, como foi deliberado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade da assistência compreende um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

O Sistema Nacional de Saúde (SNC) é representado pelo SUS e complementado pelos serviços privados. A estrutura do SUS compreende o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é uma política pública de saúde, de inclusão de pessoas e de distribuição de renda baseada nos princípios republicanos da igualdade e da universalidade. De acordo com o MS na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira horizontal, contempla a atenção primária, a atenção de média complexidade, a atenção de alta complexidade, a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica, sendo planejada e financiada pela União, Estados e Municípios (BRASIL, 2010).

A atenção primária à saúde (APS) refere-se à integração e integralidade de ações promotoras, protetoras e reabilitadoras da saúde apoiadas pelo diagnóstico epidemiológico e social, pela formação profissional e trabalho em equipe multidisciplinar. É formada pela estratégia saúde da família (ESF), equipe de atenção primária à saúde (EAPS), agente comunitário de saúde (ACS) e o núcleo de assistência à saúde da família (NASF). Há modelos completos e modelos incompletos ou diferentes, dependendo do local onde se encontra ou do desenvolvimento de inovações. Os atributos importantes da APS são o acesso inicial, a longitudinalidade, a coordenação, a integralidade, a orientação familiar e a orientação comunitária, levando em consideração aspectos culturais e de cuidados paliativos. A urgência e a emergência (UE) estão presentes em todos os níveis do cuidado ajudando a organizar a assistência através do serviço de atendimento médico de urgência pré-hospitalar (SAMU), centrais de regulação, portas de hospitais gerais I e II, unidade de pronto atendimento (UPA) I, II e III e leitos de internação em hospitais de referência, garantidos a partir do processo de referência e contrarreferência, compondo a rede de urgência e emergência (RUE). A atenção hospitalar oferece atendimento de saúde por meio de cirurgias gerais, tratamento clínico de elevada especialização como oncologia, transplantes e diálise visando alcançar a vida, a sobrevida e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde do Brasil. A regulação em saúde inclui a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da assistência à saúde, a auditoria assistencial, e as regulações da vigilância epidemiológica e sanitária. A regulação assistencial, regulação do acesso à assistência ou regulação do acesso refere-se às relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes serviços (BRASIL, 2010).

O SUS para cumprir a sua missão tem como princípios doutrinários a universalidade e a igualdade e como diretrizes organizativas a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade, os quais demandam muitos fatores para serem alcançados como o

comprometimento, a legislação, a tecnologia, a avaliação, a vigilância, a bioética, os direitos humanos, a educação permanente, a humanização e os arranjos políticos. O SUS possui qualidades (seus princípios doutrinários e diretrizes organizativas) e dificuldades (o subfinanciamento, o desfinanciamento, a regulação de acesso, a dificuldade de incorporar novos medicamentos, a judicialização, a desvalorização, a qualificação e a formação dos profissionais e a melhoria de gestão pública) o que não significa a necessidade de eliminação, terceirização ou privatização do Sistema. O SUS deve se orientar pela intersectorialidade para pensar a questão da saúde que é complexa e precisa ser garantida, assim como os direitos humanos, a ética e a cidadania. As mobilizações para formular intervenções que propiciem tais direitos devem ser ininterruptas, pois o SUS é um processo e está em permanente construção. A linha de cuidado integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) deve constar em todos os níveis de atenção à saúde, garantidas a qualidade e a quantidade dos atendimentos (Brasil, 2010). Os usuários dos serviços de saúde têm o direito de acesso organizado e tratamento gratuito, adequado, resolutivo e humanizado, contribuindo também para a própria saúde (autocuidado, estilo de vida, participação no processo terapêutico e autogerenciamento).

Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), o papel dos prontos-socorros (PS) compreende a retaguarda clínica, os leitos de cuidado prolongado, os leitos de cuidado intensivo, o diagnóstico e o laboratório. Suas linhas de cuidado prioritário são usuários politraumatizados, de clínica médica, com doenças cardiopulmonares e doenças cerebrovasculares sendo, atualmente, classificados para o atendimento médico, de acordo com a gravidade do adoecimento ou agravo apresentado (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Humanização (PNH) implantou a consulta de classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Manchester do Reino Unido, com o objetivo de reorganizar a porta de entrada e produzir em rede, onde o usuário do serviço pode receber a cor vermelha que significa emergência e não espera, a cor laranja que significa muito urgente podendo esperar até dez minutos, a cor amarela ou urgente podendo esperar até duas horas e a cor azul ou não urgente ou de menor complexidade que pode esperar até quatro horas para receber atendimento médico, até ser liberado. Todos passam por reavaliações durante a espera e podem mudar a classificação, se necessário. A classificação de risco e o atendimento de UE não podem ser confundidos com o pronto atendimento que trata apenas casos agudos de menor gravidade. A conjuntura de ações e serviços não integrados e sem continuidade dificulta a mudança da organização da UE (BRASIL, 2003).

A RAS deve levar em consideração a comunicação (priorizando a escuta), a APS, os pontos de atenção de média e alta complexidade, o apoio, a logística, a integração sistematizada de ações e serviços de saúde, a continuidade, a integralidade, a qualidade, a responsabilidade, a humanização, o acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica, combinando a concentração de certos serviços e descentralização de outros. Quanto maior a quantidade de serviço, maior será a qualidade porque as demandas dos usuários poderão ser atendidas e existirão mais experiências profissionais e garantias de

recursos. Qualidade está relacionada com segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, equidade, eficiência e outros recursos como recursos materiais e humanos.

As políticas públicas são os instrumentos para efetivar os direitos dos usuários do serviço onde o governo e a sociedade pactuam para os aperfeiçoamentos, implantações e alocação de recursos públicos, convertendo números em informações importantes para a ação e resolução dos problemas dos cidadãos, de acordo com os novos conhecimentos. Políticas públicas no SUS são os programas, ações e decisões do governo para o povo, independentemente de escolaridade, sexo, cor, religião, classe social, como por exemplo, a farmácia popular, a imunização e a saúde bucal (BRASIL, 2015).

No Brasil, ainda não se conseguiu implementar uma estratégia para todos os níveis de atenção e por linhas de cuidados integradas e contínuas. Os gestores precisam planejar ações e avaliar o atendimento que o SUS oferece à população e avaliar os procedimentos para prevenir, tratar e controlar adoecimentos e diferentes agravos à saúde dos brasileiros.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral: estudar os atendimentos de urgência e emergência visando a regulação dos usuários classificados como não urgentes do pronto-socorro para as unidades de atenção primária à saúde.

Objetivos específicos: conhecer o perfil epidemiológico dos usuários, analisar o diagnóstico a partir dos dados levantados e propor melhorias no sistema de urgência e emergência.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital e Pronto-socorro Municipal-Mário Pinotti (HPSM-MP), através do Centro de Estudos, Serviço de Registro Médico, Arquivo e Estatística, Sistema Rede Bem-Estar e Companhia de Informática de Belém, onde foram acessados os boletins de urgência (BU) físicos e eletrônicos dos participantes da pesquisa.

A população alvo do estudo foi composta de participantes que demandaram o Serviço e foram classificados com a cor azul, não urgente, sem gravidade e sem risco de agravo. Pelo critério de inclusão e exclusão, todos os participantes classificados com a cor azul foram incluídos, independentemente de idade e sexo e todos os participantes classificados com as outras cores foram excluídos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FSCM- PA, através da Plataforma Brasil. De acordo com os preceitos da Resolução 466/2012 e Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares que normatizam a Comissão Nacional de Pesquisa, foram obtidos o Parecer Consubstanciado e a Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE 50812721.0.0000.5171) com as informações sobre a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o uso do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

De acordo com o suporte metodológico acessado, trata-se de uma pesquisa aplicada, exploratória, documental, quantitativa e de abordagem cartográfica. Segundo Köche (2011), uma pesquisa exploratória

é uma pesquisa que visa ao levantamento da presença de variáveis e da sua caracterização quantitativa e qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2012), na pesquisa aplicada há a utilização imediata dos resultados nos problemas da realidade que vivemos, a pesquisa documental é a pesquisa baseada em documentos, a pesquisa quantitativa se preocupa com a quantificação dos dados coletados utilizando-se de técnicas estatísticas para a medição dos dados e a pesquisa cartográfica é uma associação entre mapas geográficos e os dados estatísticos, os quais facilitam o planejamento de ações, após um diagnóstico.

Foi realizada uma revisão integrativa sobre o assunto para levantar a literatura científica e para o conhecimento do tema, publicada com o título: “A regulação assistencial de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospital de pronto-socorro do município de Belém do Pará classificados como não urgentes: Revisão integrativa” na revista *Research, Society and Development*, em junho de 2021.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi criado um instrumento de coleta de dados do período de janeiro de 2019 a novembro de 2021 sendo consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, dia de atendimento, bairro, cidade, horário do atendimento e queixa ou situação apresentada. A amostra foi selecionada através da técnica de amostragem sistemática, de modo que a cada cinco participantes, o quinto participante foi considerado para a amostra da pesquisa. Após a coleta de dados foi realizado o tratamento estatístico descritivo e cartográfico (organizar, descrever, analisar e interpretar os dados coletados) através de tabelas e figuras, sendo a população alvo de 13.020 participantes e a amostra de 3.068 participantes. Foi utilizado, com a assessoria de um geógrafo contratado, o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS 2000). De acordo com Giovanini (2022), o SIRGAS foi oficializado como o novo referencial geodésico brasileiro em 2005, através da resolução 01/2005 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e atende a padrões globais de posicionamento pelo Sistema Global de Navegação por Satélite (GNSS) garantindo a qualidade dos dados levantados em todo território nacional e criando um referencial geodésico para o continente americano. Atualmente, toda obra de engenharia e peça cartográfica (plantas e mapas) devem estar georreferenciadas ao SIRGAS.

Após a finalização do estudo, foi entregue ao Serviço o trabalho final contendo os dados epidemiológicos e cartográficos, o diagnóstico, a análise da problemática, propostas e uma nota técnica para ser apresentada na Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) como contribuição para a política pública de urgência e emergência do Município de Belém do Pará.

Os riscos para os participantes da pesquisa foram mínimos por não levar em consideração a identificação por nome e endereço e não haver a possibilidade de danos físicos, psíquicos, moral, intelectual, social, espiritual e de exposição de dados. Da mesma forma, os riscos para os pesquisadores foram mínimos, pois o levantamento de dados foi realizado com a supervisão de profissional do Hospital.

Os benefícios aos participantes, sociedade e comunidade científica envolverão a geração de conhecimentos, para entender, prevenir e diminuir um problema que afeta a saúde dos participantes e a sociedade em geral.

4 RESULTADO

A partir dos dados levantados no período de janeiro a dezembro de 2019 e no período de janeiro de 2020 a novembro de 2021, para melhor visualizar a situação pré e pós pandemia de Covid-19, houve a consolidação dos dados do período total previsto pela pesquisa. Foram confeccionadas as tabelas para a análise estatística descritiva (frequência absoluta e percentagem) e construídas as figuras cartográficas (análise do território) finalizando com a discussão e a conclusão do estudo para contribuir com propostas de atendimento no Serviço, SESMA e SUS. Os resultados obtidos podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Dados obtidos em 2019 e 2020-2021.

Variável	Dados 2019	Dados 2020-2021
Sexo		
Feminino	1.121 - 48,61%	357 - 48,85%
Masculino	1.185 - 51,38%	405 - 51,15%
Idade		
00-10	339- 14,70%	38 - 4,98%
11-20	188 - 8,15%	63 - 8,26%
21-30	362 - 15,69%	106 - 13,91%
31-40	398 - 17,25%	122 - 16,01%
41-50	374 - 16,21%	170 - 22,30%
51-60	280 - 12,14%	131 - 17,19%
61-70	207 - 8,97%	85 - 11,15%
71-80	101 - 4,37%	31 - 4,06%
81-90	48 - 2,08%	14 - 1,83%
91-100	6 - 0,26%	2 - 0,26%
101-110	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Dia da semana		
Segunda-feira	580 - 25,15%	189 - 24,80%
Terça-feira	431- 18,69%	85 - 11,15%
Quarta-feira	271 - 13,31%	90 - 11,81%
Quinta-feira	190 - 9,33%	248 - 32,54%
Sexta-feira	162 - 7,95%	70 - 9,18%
Sábado	380 - 18,66%	50 - 6,56%
Domingo	292 - 14,34%	30 - 3,93%
Horário		
Manhã (7h1min-13 h)	851 - 41,79%	384 - 50,39%
Tarde (13h1min-19 h)	752 - 36,93%	262 - 34,38%
Noite (19h1min-24 h)	548 - 26,91%	105 - 13,77%
Madrugada (00h1min-7 h)	155 - 7,61%	11 - 1,44%
Município (Pará)		
Belém	1.930 - 83,69%	662-6,87%
Ananindeua	114 - 4,94%	63 - 8,26%
Marituba	42 - 1,82%	7 - 0,91%
Benevides	28 - 1,21%	2 - 0,26%
Barcarena	20 - 0,86%	2 - 0,26%
Acará	19 - 0,82%	1- 0,13%
Abaetetuba	14 - 0,60%	1- 0,13%
Santo Antônio do Tauá	13 - 0,56%	1 - 0,13%
Santa Bárbara do Pará	10 - 0,43%	3 - 0,39%

Bujaru	7 - 0,30%	3 - 0,39%
Ponta de Pedras	5 - 0,21%	2 - 0,26%
Currálinho	5 - 0,21%	0 - 0,00%
Curuçá	5 - 0,21%	0 - 0,00%
Santa Izabel do Pará	4 - 0,17%	1 - 0,13%
Irituia	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Mãe do Rio	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Salvaterra	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Castanhal	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Cachoeira do Arari	3 - 0,13%	2 - 0,26%
Moju	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Igarapé-Miri	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Salinópolis	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Garrafão do Norte	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Aurora do Pará	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Muaná	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Limoeiro do Ajuru	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Ourém	3 - 0,13%	0 - 0,00%
São Domingos do Capim	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Paragominas	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Bragança	2 - 0,08%	2 - 0,26%
Cametá	2 - 0,08%	1 - 0,13%
Primavera	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Colares	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Soure	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Igarapé-Açu	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Oeiras do Pará	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Maracanã	2 - 0,08%	0 - 0,00%
São Miguel do Guamá	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Breves	2 - 0,08%	0 - 0,00%
São Caetano de Odivelas	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São Sebastião da Boa Vista	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São João de Pirabas	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São João da Ponta	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Jacundá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Capitão Poço	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Ipixuna do Pará	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Nova Esperança do Piriá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Altamira	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Baião	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Augusto Corrêa	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Santa Maria do Pará	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Marabá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Tomé-Açu	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Capanema	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Mocajuba	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Ulianópolis	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Vigia de Nazaré	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Tailândia	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Gurupá	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Santa Luzia do Pará	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Novo Repartimento	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Concórdia do Pará	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Manaus (Estado do Amazonas)	1 - 0,13%	0 - 0,00%
Bairro/Ilha (Belém)		
Pedreira	202 - 10,46%	116 - 15,22%
Jurunas	184 - 9,53%	35 - 4,59%

Guamá	143 - 7,40%	28 - 3,67%
Telégrafo	134 - 6,94%	114 - 14,96%
Cremação	104 - 5,38%	21 - 2,75%
Umarizal	97 - 5,02%	33 - 4,33%
Sacramenta	85 - 4,40%	40 - 5,24%
Terra Firme (Montese)	85 - 4,40%	17 - 2,23%
Marco	73 - 3,78%	23 - 3,01%
Condor	72 - 3,73%	18 - 2,36%
Tapanã	64 - 3,31%	35 - 4,59%
Fátima	57 - 2,95%	9 - 1,18%
Marambaia	52 - 2,69%	21 - 2,75%
Val-de-Cans	47 - 2,43%	10 - 1,31%
Barreiro	46 - 2,38%	20 - 2,62%
Pratinha	42 - 2,17%	13 - 1,70%
Coqueiro	41 - 2,12%	19 - 2,49%
Canudos	40 - 2,02%	10 - 1,31%
Cidade Velha	28 - 1,45%	9 - 1,18%
Curió-Utinga	22 - 1,13%	14 - 1,83%
São Brás	22 - 1,13%	4 - 0,52%
Cabanagem	21 - 1,08%	12 - 1,57%
Parque Verde	21 - 1,08%	16 - 2,09%
Bengui	20 - 1,03%	11 - 1,44%
Tenoné	19 - 0,98%	15 - 1,96%
Nazaré	16 - 0,82%	3 - 0,39%
Mangueirão	16 - 0,82%	5 - 0,65%
Castanheira	16 - 0,82%	10 - 1,31%
Campina	12 - 0,62%	7 - 0,91%
Souza	11 - 0,56%	3 - 0,39%
Águas Negras	11 - 0,56%	2 - 0,26%
Parque Guajará	10 - 0,51%	5 - 0,65%
Batista Campos	9 - 0,46%	3 - 0,39%
Agulha	7 - 0,36%	7 - 0,91%
Cruzeiro	7 - 0,36%	5 - 0,65%
Maracacuera	7 - 0,36%	2 - 0,26%
Paracuri	7 - 0,36%	7 - 0,91%
Ponta Grossa	7 - 0,36%	4 - 0,52%
Reduto	7 - 0,36%	2 - 0,26%
Maracangalha	7 - 0,36%	11 - 1,44%
Águas Lindas	6 - 0,31%	2 - 0,26%
Campina de Icoaraci	6 - 0,31%	6 - 0,78%
Uma	6 - 0,31%	1 - 0,13%
Cotijuba (ilha)	4 - 0,20%	0 - 0,00%
Itaitéua	4 - 0,20%	2 - 0,26%
Brasília	4 - 0,20%	2 - 0,26%
Guanabara	3 - 0,15%	1 - 0,13%
Baía do Sol	2 - 0,10%	1 - 0,13%
Carananduba	2 - 0,10%	1 - 0,13%
Vila	2 - 0,10%	0 - 0,00%
Água Boa	2 - 0,10%	2 - 0,26%
São João do Outeiro	2 - 0,10%	2 - 0,26%
Aeroporto	1 - 0,05%	2 - 0,26%
Ariramba	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Bonfim	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Caruara	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Chapéu Virado	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Farol	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Mangueiras	1 - 0,05%	0 - 0,00%

Maracajá	1 - 0,0%	0 - 0,00%
Marahu	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Murubira	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Natal do Murubira	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Paraíso	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Porto Arthur	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Praia Grande	1 - 0,05 %	0 - 0,00%
São Francisco	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Sucurijuquara	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Aurá	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Queixa/Situação		
Feridas (pé diabético/complicação pós-procedimento)	48 - 2,08%	55 - 7,21%
Mal-estar (fadiga/tontura)	95 - 4,11%	32 - 4,19%
Retorno(consultas/procedimento/vacina)	16 - 0,69%	75 - 9,84%
Problema nos olhos, ouvido, orofaringe ou nariz	297 - 2,87%	66 - 8,66%
Dor abdominal	308 - 3,35%	61 - 8,00%
Dor lombar	128 - 5,55%	31 - 4,06%
Sofrimento psíquico(intoxicação/ansiedade/depressão)	9 - 0,39%	3 - 0,39%
Tosse/Tuberculose	12 - 0,52%	8 - 1,04%
Problema de alergia, prurido ou infecção de pele	19 - 0,82%	7 - 0,91%
Sangramento vaginal ou anal	25 - 1,08%	3 - 0,39%
Troca ou reposição de sonda ou de cânula	12 - 0,52%	11 - 1,44%
Dor pélvica (hérnia/genitália/problema urinário)	99 - 4,29%	10 - 1,31%
Neurologia (convulsão/paralisias/traumas/tumor)	79 - 3,42%	8 - 1,04%
Doenças diarreicas	20 - 0,86%	3 - 0,39%
Dor torácica	135 - 5,85%	93 - 12,20%
Febre (dengue/chikungunya)	74 - 3,20%	21 - 2,75%
Cefaleia	142 - 6,15%	53 - 6,95%
Encaminhamento regulado para exames (de imagem)	8 - 0,34%	27 - 3,54%
Trauma (agressão/trânsito/queda/acidente de trabalho)	710 - 30,78%	152 - 19,94%
Acidente por animal (cão/cobra/morcego/escorpião)	42 - 1,82%	1 - 0,13%
Paracentese de alívio (hepatopatias)	9 - 0,39%	2 - 0,26%
Transfusão (hematopatias)	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Problema no dente	9 - 0,39%	0 - 0,00%
Pedidos de atendimento no Hospital	2 - 0,08%	8 - 1,04%
Síndrome gripal	1 - 0,04%	4 - 0,52%
Icterícia (recém-nascido)	2 - 0,08 %	0 - 0,00%
Intercorrências de nefrologia	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Sem queixa (receita/teste/atestado/perícia/informações)	0 - 0,00%	12 - 1,57%
Desnutrição	0 - 0,00%	3 - 0,39%
Retirada de pontos	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Covid-19	0 - 0,00%	7 - 0,91%

Fonte: Pesquisa documental HPSM-MP, 8h às 18h, 2021/2022.

O número de participantes classificados como não urgentes que procurou o Serviço foi maior em 2019, antes da pandemia de Covid-19 do que em 2020-2021, quando as dificuldades trazidas pela doença se apresentaram, consideradas as populações-alvo de 10.000 em 219 e 3.020 em 2020-2021. Em relação às características gerais pesquisadas aparece uma singularidade na procura do atendimento, destacando-se a situação de procura por adolescentes e idosos abaixo dos demais grupos, nos dois períodos.

Para Correia Junior e Queiroz (2020), estudos revelaram que entre os adolescentes e público jovem, as situações de violência, acidentes de trânsito, quedas, intoxicação por drogas, tentativas de suicídio,

engasgamentos e alguns casos clínicos como queimaduras, lacerações e acidentes por animais peçonhentos os levaram para a UE.

Para Rissardo et al. (2016), os principais motivos de busca da UE pelos idosos foram o horário de funcionamento, a falta de médicos da APS e a oportunidade de atendimento sem agendamento na UE.

Ressalta-se que no formulário acessado no Serviço como BU, os dados são coletados por sexo masculino e sexo feminino invisibilizando a questão de gênero, alguns campos não são preenchidos como, por exemplo, o campo da ocupação e estado civil e alguns dados não existem para serem preenchidos como raça e escolaridade, muito importantes para a realização de pesquisas e a geração de conhecimentos científicos para melhorias futuras.

Após a comparação entre os períodos, foi realizada a análise final do levantamento de dados e encontrado o perfil de atendimento de usuários classificados como não urgentes que procuraram o HPSM-MP, que pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 - Dados gerais obtidos pelo estudo.

Variável	Dados 2019 a 2021
Sexo	
Mulher	1.478 - 48,17%
Homem	1.590 - 51,82%
Idade	
00-10	377 - 12,28%
11-20	251 - 8,18%
21-30	468 - 15,25%
31-40	520 - 16,94%
41-50	544 - 17,73%
51-60	411 - 13,39%
61-70	292 - 9,51%
71-80	132 - 4,30%
81-90	62 - 2,02%
91-100	8 - 0,26%
101-110	3 - 0,09%
Dia da Semana	
Segunda-feira	769 - 25,06%
Terça-feira	516 - 16,81%
Quarta-feira	361 - 11,76%
Quinta-feira	438 - 14,27%
Sexta-feira	232 - 7,56%
Sábado	430 - 14,01%
Domingo	322 - 10,49%
Horário	
Manhã (7h1min-13h)	1.219 - 39,73%
Tarde (13h1min-19h)	1.014 - 33,05%
Noite (19h1min-24h)	653 - 21,28%
Madrugada (00h1min-7h)	182 - 5,93%

Município (Pará)

Belém	2.592 - 84,48%
Ananindeua	177 - 5,76%
Marituba	49 - 1,59%
Bujaru	10 - 0,32%
Santa Bárbara	13 - 0,42%
Benevides	30 - 0,97%
Ponta de Pedras	7 - 0,22%
Cachoeira do Arari	5 - 0,16%
Bragança	4 - 0,13%
Barcarena	22 - 0,71%
Gurupá	1 - 0,03%
Tailândia	2 - 0,06%
Santa Luzia	1 - 0,06%
Vigia	2 - 0,06%
Novo Repartimento	1 - 0,03%
Acará	20 - 0,65%
Abaetetuba	15 - 0,48%
Ulianópolis	2 - 0,06%
Concórdia	1 - 0,03%
Mocajuba	2 - 0,06%
Cametá	3 - 0,09%
Capanema	2 - 0,06%
Santa Izabel	5 - 0,16%
Santo Antônio do Tauá	14 - 0,45%
Tomé-Açu	1 - 0,03%
Marabá	1 - 0,03%
Santa Maria	1 - 0,03%
Augusto Corrêa	1 - 0,03%
Moju	3 - 0,09%
Baião	1 - 0,03%
Primavera	2 - 0,06%
Colares	2 - 0,06%
Soure	2 - 0,06%
Altamira	1 - 0,03%
Nova Esperança do Piriá	1 - 0,03%
Igarapé- Miri	3 - 0,09%
Igarapé-Açu	2 - 0,06%
Salinópolis	3 - 0,09%
Currálinho	5 - 0,16%
Ipixuna	1 - 0,03%
Oeiras do Pará	2 - 0,06%
Garrafão do Norte	3 - 0,09%
Aurora do Pará	3 - 0,09%
Salvaterra	4 - 0,13%
Muaná	3 - 0,09%
Limoeiro do Ajuru	3 - 0,09%
Capitão-Poço	1 - 0,03%
Maracanã	2 - 0,06%
Jacundá	1 - 0,03%
Ourém	3 - 0,09%
Castanhal	4 - 0,13%
São Miguel do Guamá	2 - 0,06%
Breves	2 - 0,06%
Irituia	4 - 0,13%
Manaus (Estado do Amazonas)	1 - 0,03%
São Caetano de Odivelas	2 - 0,06%
São Domingos do Capim	3 - 0,09%

São João da Ponta	1 - 0,03%
Curuçá	5 - 0,16%
Paragominas	3 - 0,09%
Pirabas	1 - 0,03%
Mãe do Rio	4 - 0,13%
São Sebastião da Boa Vista	1 - 0,03%
Bairro/Ilha (Belém)	
Águas Negras	13 - 0,50%
Agulha	14 - 0,54%
Campina de Icoaraci	12 - 0,46%
Cruzeiro	12 - 0,46%
Maracacuera	9 - 0,34%
Paracuri	14 - 0,54%
Parque Guajará	15 - 0,57%
Ponta Grossa	11 - 0,42%
Pratinha	55 - 2,12%
Tapanã	99 - 3,81%
Fátima	66 - 2,54%
Barreiro	66 - 2,54%
Nazaré	19 - 0,73%
Pedreira	268 - 10,33%
Marco	96 - 3,70%
Telégrafo	198 - 7,63%
Tenoné	34 - 1,31%
Uma	7 - 0,27%
Canudos	50 - 1,92%
Maracangalha	18 - 0,69%
Mangueirão	21 - 0,81%
Cremação	125 - 4,82%
São Brás	26 - 1,00%
Condor	90 - 3,47%
Águas Lindas	8 - 0,30%
Val-de-Cans	57 - 2,19%
Coqueiro	60 - 2,31%
Sacramenta	125 - 4,82%
Terra Firme (Montese)	102 - 3,93%
Souza	14 - 0,54%
Batista Campos	12 - 0,46%
Aeroporto	3 - 0,11%
Ariramba	1 - 0,03%
Baía do Sol	3 - 0,11%
Bonfim	1 - 0,03%
Carananduba	3 - 0,11%
Caruara	1 - 0,03%
Chapéu Virado	1 - 0,03%
Farol	1 - 0,03%
Mangueiras	1 - 0,03%
Maracajá	1 - 0,03%
Marahu	1 - 0,03%
Murubira	1 - 0,03%
Natal do Murubira	1 - 0,03%
Paraíso	1 - 0,03%
Porto Arthur	1 - 0,03%
Praia Grande	1 - 0,03%
São Francisco	1 - 0,03%
Sucurijuquara	1 - 0,03%
Vila	2 - 0,07%

Castanheira	26 - 1,00%
Umarizal	130 - 5,01%
Água Boa	4 - 0,15%
Brasília	6 - 0,23%
Itaiteua	6 - 0,23%
São João de Outeiro	4 - 0,15%
Cidade Velha	37- 1,42%
Bengui	31 - 1,19%
Reduto	9 - 0,34%
Aurá	1 - 0,03%
Parque Verde	37 - 1,42%
Curió-Utinga	36 - 1,38%
Cabanagem	33 - 1,27%
Jurunas	219 - 8,44%
Campina	19 - 0,73%
Guamá	171 - 6,59%
Marambaia	73 - 2,81%
Guanabara	4 - 0,15%
Cotijuba	4 - 0,15%
Queixa/Situação	
Feridas (pé diabético/complicação pós-procedimento)	110 - 3,58%
Mal-estar (fadiga/tontura)	123 - 4,00%
Retorno (consulta/procedimento/vacina)	91 - 2,96%
Problema nos olhos, ouvido, orofaringe ou nariz)	363 - 11,83%
Dor abdominal	369 - 12,02%
Dor lombar	159 - 5,19%
Sem queixa (receita/teste/atestado/perícia/informações)	12 - 0,39%
Dor de dente	2 - 0,35%
Sofrimento psíquico (ansiedade/depressão/intoxicação)	12 - 0,39%
Tosse/Tuberculose	20 - 0,65%
Alergia, prurido ou infecção de pele	26 - 0,84%
Sangramento vaginal ou anal	28 - 0,91%
Troca ou reposicionamento de sonda ou de cânula	23 - 0,74%
Dor pélvica (hérnia/genitália/infecção urinária)	109 - 3,55%
Desnutrição	3 - 0,09%
Neurologia (convulsão/paralisias/traumas/tumor)	87 - 2,83%
Síndrome gripal	5 - 0,16%
Retirada de ponto	1 - 0,03%
Doenças diarreicas	23 - 0,7
Dor torácica	228 - 7,43%
Febre (dengue/chikungunya)	95 - 3,09%
Cefaleia	195 - 6,35%
Encaminhamento regulado para exame (de imagem)	35 - 1,14%
Trauma (agressão/trânsito/queda/acidente de trabalho)	862 - 28,09%
Acidente por animal (cão/cobra/morcego/escorpião)	43 - 1,40%
Paracentese de alívio (hepatopatias)	11 - 0,35%
Pedidos de atendimento no Hospital	10 - 0,32%
Transfusões (Hematopatias)	3 - 0,09%
Covid-19	7 - 0,22%
Icterícia	2 - 0,06%
Intercorrências de nefrologia	2 - 0,06%

Fonte: Pesquisa documental HPSM-MP, 8h às 18h, 2021/2022.

Ressalta-se que a busca de atendimento foi realizada tanto por homens como mulheres sendo que os idosos e adolescentes são numericamente menos observados e crianças e adultos mais encontrados. Destacaram-se os adultos, a procura por atendimentos por traumas, dor abdominal, problema nos olhos, nariz, ouvido ou orofaringe, dor torácica, dor lombar e cefaleia, em dias úteis de semana mais que finais de semana, no horário da manhã e tarde e de bairros até 5,4km de distância e população de 60.000 até 100.000 habitantes.

A saúde do trabalhador envolveu queixas traumatológicas observando que o HPSM-MP recebe incentivo financeiro por atender casos de Saúde do Trabalhador, sendo fundamental que este atendimento seja computado como um atendimento médico de urgência e emergência e não apenas como uma avaliação para fins de questões previdenciárias e periciais, precisando avançar em estudos, prevenção e vigilância aos agravos, assim como na existência de uma urgência e emergência médica para acidentados do trabalho. De acordo com o plano operacional da Associação Paulista de Medicina do Trabalho (2020), um dos elementos essenciais é o hospital de tratamento definitivo para acidentados do trabalho, desafogando o PS que atenderia de maneira mais efetiva, com a diminuição do atendimento de traumatologia, que é elevado.

Concluindo, podemos dizer que o perfil epidemiológico do usuário de urgência e emergência classificado como não urgente é: homem, idade 31 a 40 anos, atendimento em dia útil da semana, no horário matutino, com queixa traumatológica, de bairro entre 2,9km a 4,7km com população de 60.000 a 100.000 habitantes.

Outros pontos observados no estudo, durante a coleta de dados, passíveis de análise foram:

1. A demanda espontânea ou segundo Mendes (2017), aquela a partir da percepção individual ou familiar da necessidade de atendimento pelos serviços de saúde, em 2020-2021, foi de 585 usuários e em 2019 foi de 1.930 totalizando 2.515 demandas espontâneas. A demanda referenciada foi de 177 usuários em 2020-2021 e 376 em 2019 totalizando 553 demandas referenciadas. As demandas referenciadas foram de 424 de outros serviços de saúde (70 em 2020-2021 mais 354 em 2019) e 129 por outros meios como pedidos de consulta e retornos para consulta médica (107 em 2020-2021 mais 22 em 2019). Quanto aos serviços que referenciaram foram 75 referenciamentos do SAMU, 158 da UPA, 76 da APS, 94 do Hospital, 14 da Polícia e sete do Corpo de Bombeiro e de outras formas foram 119 retornos médicos e 10 pedidos de consulta dos servidores do Hospital. Os canais de comunicação entre os serviços não se efetivaram, pois, a demanda espontânea foi maior do que a referenciada, uma vez que existe SAMU, APS e UPA até chegar ao nível de atendimento hospitalar. O fato da pessoa não procurar a APS, mas procurar a UE, diretamente, no caso dos participantes classificados como não urgentes vem a ser a inversão de porta de entrada no Sistema por falta de conhecimento, solução imediata da UE ou por dificuldade na APS segundo verbalizações dos usuários atendidos e registradas no BU. Considerando o Manual para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o Dispositivo de

Acolhimento com Classificação de Risco do Rio de Janeiro, os casos não urgentes são casos de baixa complexidade, portanto não justificando atendimento médico no mesmo dia, necessitando de atendimento ambulatorial, conforme pactuado previamente com a atenção primária (RIO DE JANEIRO (RJ), 2022, 45 p.).

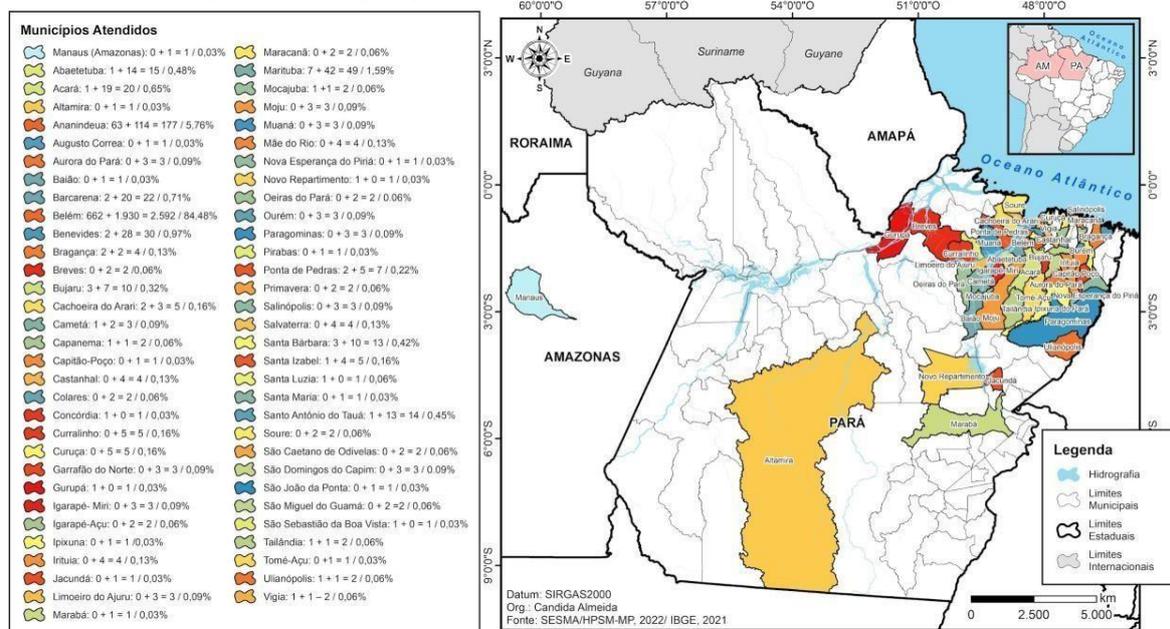
2. Sobre o tempo de queixa ou situação, foi observado que foi de 2 dias a 1.095 dias, sendo a média de dias de 7,33 dias, descaracterizando a urgência e emergência segundo o tempo de queixa ou situação apresentada, já que no Hospital a observação é de até 24h.

De modo geral, analisando os BU, o PS precisa desenvolver a recepção do serviço evitando avaliações precoces dos usuários que podem ou não podem ser atendidos pelo Serviço habilidades de comunicação, protocolos assistenciais, competências específicas dos recursos humanos, sanar dificuldades estruturais, investir em cuidado dos seus profissionais como fadiga, frustração e dificuldade de desempenho, assim como investir em ações educativas paralelas aos atendimentos profissionais junto aos usuários e seus familiares. Precisa-se de um trabalho diferenciado, ou seja, com vínculo, escuta, comunicação e responsabilização com o cuidado.

“Operando com o princípio da transversalidade, o HUMANIZASUS utiliza-se de ferramentas e dispositivos, buscando outras maneiras e novos modos de fazer que contribuam para a solução de problemas que impedem a implementação efetiva do SUS” (RIO DE JANEIRO (RJ), 2022, 45 p.).

As figuras cartográficas nos permitiram avaliar os dados do estudo levando em consideração os aspectos georreferenciais. De acordo com Martines, Machado e Colvero (2013), a cartografia contribui, pela construção de mapas, com a captação da complexidade no campo da pesquisa e nos dados obtidos que se referem a profissionais, gestores, usuários do Serviço e familiares, assim como apoia as tomadas de decisão, planejamento e desenvolvimento de ações, conforme as necessidades da população. Mapeando podemos relacionar uns dados aos outros. As tecnologias de informática e sistemas de informação facilitam o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a integralidade, ou seja, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, favorecendo a pesquisa científica e melhorias nos atendimentos dos serviços.

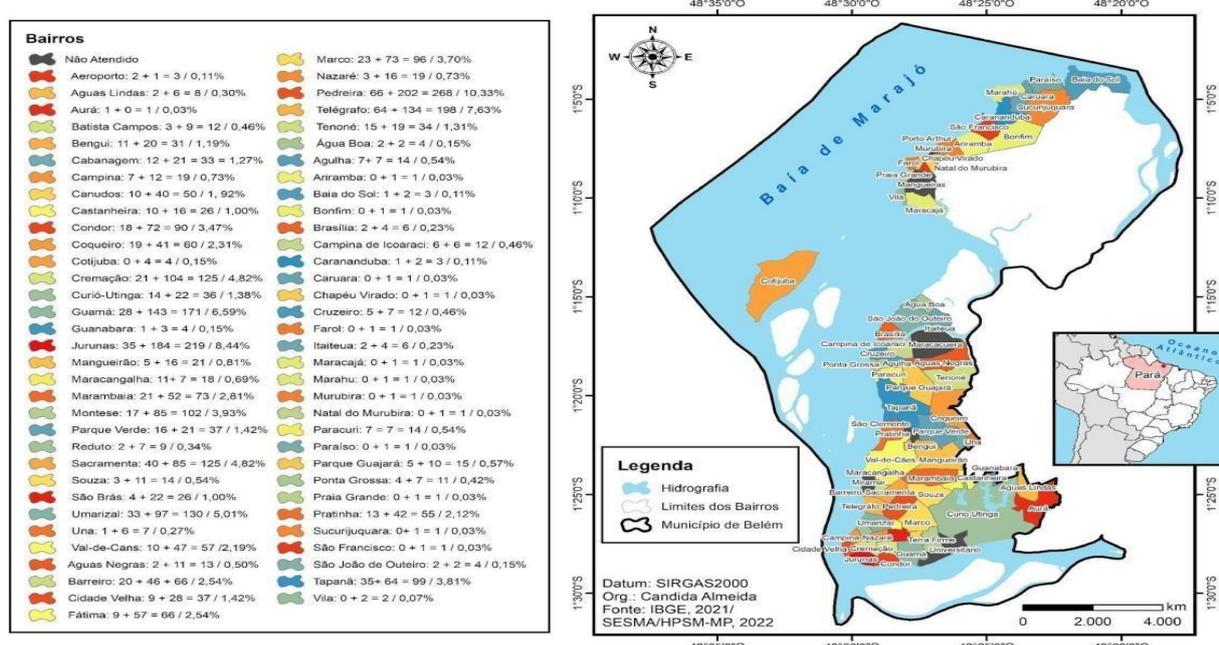
Figura 1: Municípios por demanda de usuário classificado como não urgente.



Fonte: SESMA/HPSM-MP, 2022. IBGE: 2021. Elaboração própria (Datum: SIRGAS 2000).

Houve demanda de usuários da APS para o HPSM-MP de 76 municípios (52,77%) do total de 144 municípios do Estado do Pará. Os municípios atendidos além de Belém foram dos municípios até 307km de distância e da Região Metropolitana de Belém (RMB) que é formada pelos municípios de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel do Pará e Castanhal, com maior procura por Ananindeua, segundo município mais populoso do estudo (540.410 habitantes) e a 17,7km do Serviço, acessado por rodovia, ressaltando o princípio da territorialização do SUS e a constatação da existência de serviços inaugurados em mais polos do Estado levando as pessoas a não precisarem se deslocar para a capital.

Figura 2: Bairros por demanda de usuário classificado como não urgente.



Fonte: SESMA/HPSM-MP, 2022. IBGE: 2021. Elaboração própria (Datum: SIRGAS 2000).

O município de Belém possui uma área territorial com 1.059.466km, sendo 65% de área insular (39 ilhas identificadas e habitadas) e 35% de área continental. Possui população estimada em 2021 de 1.506.420 pessoas com densidade demográfica de 1.315,26 hab/km². A escolarização de 6 a 14 anos de 96,1 %, o índice de desenvolvimento humano municipal de 0,746 pontos e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 21.708,55. Belém fica com 18,40% da população do Estado sendo 99,20% de população urbana e 0,86% de população rural ou ribeirinha, moradoras das 39 ilhas da região insular. A população belenense é considerada adulta jovem, haja vista, que 58,32% da mesma encontra-se localizada na faixa etária de 20 a 59 anos. São 47,30% de homens e 52,70% de mulheres (BELÉM, 2021).

Do ponto de vista da gestão, segundo a Secretaria Municipal de Coordenação Geral de Planejamento e Gestão, o município de Belém, por meio da Lei 7.682, de 5 de janeiro de 1994, foi legalmente descentralizada administrativamente em oito distritos administrativos com 71 bairros no total: 1- DABEL ou Distrito Administrativo de Belém é o menor distrito com oito bairros: Batista Campos, Campina, Cidade Velha, Marco, Nazaré, Reduto, São Brás e Umarizal, 2- DABEN ou Distrito Administrativo do Bengui com oito bairros: Bengui, Cabanagem, Coqueiro, Parque Verde, Pratinha, São Clemente, Tapanã e Una, 3- DAENT ou Distrito Administrativo do Entroncamento com dez bairros: Águas Lindas, Aurá, Castanheira, Curió-Utinga, Guanabara, Mangueirão, Marambaia, Souza, Val- de-Cans e Universitário, 4- DAGUA ou Distrito administrativo do Guamá com seis bairros: Canudos, Condor, Cremação, Guamá, Jurunas, Terra Firme ou Montese, 5- DAICO ou Distrito administrativo de Icoaraci com nove bairros: Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacuera, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa e Tenoné, 6- DAMOS ou Distrito Administrativo de Mosqueiro que é o maior distrito com 19 bairros: Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruara, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahu, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucurijuquara e Vila, 7- DAOUT ou Distrito Administrativo do Outeiro com cinco bairros: Água Boa, Brasília, Itaiteua e São João do Outeiro e 8- DASAC ou Distrito Administrativo da Sacramenta com sete bairros: Barreiro, Fátima, Maracangalha, Miramar, Pedreira, Sacramenta e Telégrafo (BELÉM, 2017).

Considerando os estudos de Nunes (2018), Belém deve ter a maior concentração de serviços de saúde, já que a concentração de serviços se encontra em municípios de maior porte populacional, principalmente no âmbito de média e alta complexidade seguindo uma tendência nacional.

Em relação aos pontos de saúde ligados ao estudo, a SESMA possui 106 pontos de saúde: cinco hospitais (dois prontos-socorros, um hospital geral e dois hospitais de retaguarda) um SAMU, cinco UPAS, 32 EAPS (32% de cobertura em Belém enquanto a cobertura nacional é de 76,19%), cinco casas especializadas, 52 ESF (20% de cobertura em Belém enquanto a cobertura nacional é de 62,6%) e seis serviços de saúde bucal. São 2.728 leitos sendo 278 de tratamento intensivo entre públicos, privados e filantrópicos com 12.221 autorizações de internação hospitalar mensais com 1,7 leitos por mil habitantes, enquanto a média nacional é de 2,5 leitos por mil habitantes (BELÉM, 2021).

Os PS ficam localizados nos bairros do Umarizal e Guamá entre 71 bairros. As UPAS se encontram nos bairros do Jurunas, Marambaia, Sacramento, Terra Firme e Icoaraci. As EAPS com urgência e emergência 24h estão nos bairros da Baía do Sol, Telégrafo, Tapanã, Bengui I e Jurunas.

Os bairros que demandaram mais serviços de UE para usuários classificados como não urgentes foram os bairros de até 5,4km do HPSM-MP ou mais populosos (até 100.000 habitantes) como Pedreira (que possui quatro ESF e uma EAPS estadual), Telégrafo (tem uma UAPS com UE 24h e duas ESF), Jurunas (tem uma EAPS com UE 24h) e Guamá (tem um PS de pequeno porte e uma ESF). Para outros serviços que são prestados pelo Estado, em nível ambulatorial ou de alta complexidade, há a necessidade de discussão da rede de atendimento com o município, assim como precisa discutir o financiamento com o governo federal.

O bairro do Guamá, distante 4,7km do HPSM-MP possui uma área de 4,1754 km² e população de 94.610 habitantes. Abriga um PS de pequeno porte, um hospital geral federal (atenção especializada com suas especificidades) e uma unidade de ESF sendo necessário desta forma colocar à disposição da população mais unidades de ESF. O bairro da Pedreira, distante 2,9km do HPSM-MP, com área de 3,6834km² e segundo bairro mais populoso (69.608 habitantes) abriga quatro unidades de ESF e uma unidade de APS (estadual) precisaria também aumentar o número de unidades de ESF. Levando em consideração os exemplos citados, a solução poderia ser investimento na demanda da população e não em ofertas de serviços.

Há necessidade de análises objetivas sobre a rede temática de atenção às urgências (PS pela maior demanda apresentada, por exemplo) a fim de atender as necessidades de saúde da população. Há a necessidade de se ter em vista a integralidade na UE, assim como em qualquer nível de atenção à saúde. Políticas públicas servem para converter a estatística em informação relevante para o problema, análise das reivindicações da população e ação pelo conhecimento adquirido. Durante a realização da pesquisa, para contribuir com o conhecimento foram desenvolvidos produtos técnicos e tecnológicos que complementaram o estudo, a saber:

1. Artigo “A regulação assistencial de usuários do Sistema Único de Saúde-SUS classificados como não urgentes em hospital de pronto-socorro do município de Belém do Pará: Revisão integrativa” publicado pela revista Qualis A3 Research, Society and Development em junho de 2021. Citado em estudos no Brasil, Estados Unidos, Portugal, País de Gales, Moçambique, Austrália, Açores, África do Sul, Bangladesh, Escócia, Itália, Angola e Alemanha e autores convidados para colaboração na revista que publicou o artigo e mais as revistas Social Sciences, Editorial Board, Caparaó, Ampla, International Journal of Development of Research e a plataforma Academia.Edu.
2. Artigo “Perfil epidemiológico dos usuários de um pronto-socorro público classificados como não urgentes antes e depois da pandemia de Covid- 19” publicado pela revista Qualis A3 Research,

Society and Development em agosto de 2022. A contribuição do estudo para a compreensão e recomendações para o enfrentamento da Covid-19, da doença do coronavírus do ano de 2019.

3. Mapas impressos para serem entregues no Serviço, que retratam a situação estudada. O MAPA 1 - Municípios do Pará atendidos pelo Hospital e Pronto-Socorro Municipal Mário Pinotti por demandas de usuários classificados como não urgentes, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2021 e MAPA 2 - Bairros e ilhas de Belém atendidos pelo Hospital e Pronto-Socorro Mário Pinotti por demandas de usuários classificados como não urgentes, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2021.

4. Dissertação final após aprovação de banca avaliadora entregue no Serviço em meio físico e digital.

5. Nota Técnica considerando a participação dos pesquisadores, avaliadores, revisores (domínio do assunto) e Serviço para ser entregue na SESMA com vista à melhoria no atendimento para os participantes do estudo e sociedade em geral e política pública na área de urgência e emergência.

O sistema de UE deve propiciar tratamento com vista à qualidade de vida, vigilância em saúde, prevenção, proteção da vida, direitos humanos, ética, segurança jurídica, educação em saúde e formação da equipe multidisciplinar (por exemplo, de médicos especializados em UE para trabalhar no HPSM-MP), no sentido de mudança do foco dos serviços para as necessidades das pessoas e de carreiras nacionais de saúde. As necessidades imediatas ou agudas da população precisam de soluções rápidas. A UE deve acolher, prestar o atendimento e redirecionar para locais adequados à continuidade do tratamento, através de centrais que tratam de leitos hospitalares, procedimentos e da APS disponibilizando consultas especializadas, consultas na rede básica, assistência social, transporte sanitário não urgente, atendimento domiciliar e exames complementares.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde a promoção da saúde é um processo político e social onde se busca hábitos de vida saudável e ambientes favoráveis ajudando na saúde das pessoas e no aperfeiçoamento do SUS (BRASIL, 2010).

A bioética, hoje, ajuda nas discussões de problemas sociais e políticos abrangentes, pois apenas as leis para a garantia legal de direitos não são suficientes. De acordo com Junqueira (2020), os sete desafios éticos são: a postura do profissional nas relações com paciente, a família, e a equipe de saúde, humanizar e acolher, o esclarecimento, a privacidade e o sigilo, a importância do prontuário, a interferência na adoção (ou não) de estilos de vida saudável e a satisfação do usuário).

A RUE é complexa e com muitos responsáveis, assim, como de alta densidade tecnológica e custo elevado precisando racionalizar recursos materiais e financeiros inclusive levando em consideração a problemática levantada que é o tratamento de usuários classificados como não urgentes, mas que são atendidos no pronto-socorro. Precisamos de debates com o objetivo de encontrar caminhos para a

consolidação e aperfeiçoamento do SUS melhorando os procedimentos de formulação, decisão e implementação de políticas públicas de modo que o governo monitore e institucionalize a avaliação em saúde.

A RUE envolve muitos serviços como a APS, SAMU, regulação, sala de estabilização, UPA (pré-hospitalar fixo) componente hospitalar, atenção domiciliar (autocuidado apoiado e autogerenciamento), promoção, prevenção, vigilância à saúde e Força Nacional do SUS (catástrofes e pandemias). Há a necessidade de análise de rede temática de UE a fim de atender as necessidades integrais de saúde da população. Os profissionais precisam se preocupar com as pessoas que podem ter complicações por sobrepeso e pós-operatório complicado na UE, por exemplo, avaliando as vulnerabilidades dessas pessoas.

O HPSM-MP dispõe de serviço de UE 24h com equipes diferenciadas e assim a população pode chegar ao local pela acessibilidade, problema de saúde, por funcionar 24h, por apreensão, por medicamentos e por um profissional que a atenda. A partir dos resultados foi possível conhecer e analisar o perfil da população e do território onde acontece o fato estudado.

O tema de estudo necessita de aprofundamento no município e levando em consideração os estudos de Pierson (1995 apud NUNES, 2018) com possibilidade de governos locais serem verdadeiros laboratórios de democracia, de experiência de diferentes desenhos de políticas públicas que poderiam ser nacionalizadas.

A aglomeração de pessoas nos serviços de urgência e emergência e a busca por estes serviços por usuários classificados como não urgentes é uma questão apresentada em vários territórios onde há um serviço de UE. Conhecer o perfil do usuário do HPSM-MP que atende a população de Belém desde a APS até a alta complexidade é útil para a gestão, usuários, trabalhadores e para que medidas possam minimizar os problemas como o aglomerado e efetivar a RAS priorizando a UE propriamente dita.

5 CONCLUSÃO

A análise dos dados levantados demonstrou convergência com os autores acessados: os PS, em relação aos usuários classificados como não urgentes, têm funcionado como ambulatório, assistência especializada e primária com tendência de dificuldades crescentes nos atendimentos realizados.

O protocolo de classificação de risco utilizado não prevê atendimento somente para usuários classificados como urgentes, embora seja cogitada a questão no dia-a-dia do Serviço. No caso do HPSM-MP, pela história e pelo papel que o Serviço representa para o município de Belém, a situação deve ser discutida levando em consideração aspectos como a democratização do atendimento, cidadania, coletividade, reflexão e participação da comunidade, sofrimento dos trabalhadores e usuários e discussão dos problemas do Serviço. A Lei Orgânica Municipal de 1990, refere no seu artigo 175, inciso II que um dos princípios fundamentais para as ações de saúde no município de Belém é a integralidade, continuidade e equidade na prestação de assistência à saúde (BELÉM, 1990). Não será possível tomar atitude autoritária,

fragmentar os processos de trabalho sob pena de gerar mais sofrimento aos usuários dos serviços de saúde do Município.

A Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), precisa continuar com a estratégia de atendimento comunitário de saúde com vista gradual de universalização da ESF agregando os ACS e pensando em carreiras nacionais de saúde, atributos de saúde (acesso, longitudinalidade e coordenação clínica) e cobertura. O programa Previne Brasil do Ministério da Saúde criado em 2019, onde pessoas matriculadas na APS determinam o valor a receber pelo município, precisa também se preocupar com o acesso ao serviço, com os profissionais, com a promoção e prevenção, as responsabilidades e o vínculo com os usuários dos serviços. Os recursos para a saúde no Brasil estão diminuindo pela contenção em tetos de gasto e com isso menos ACS, ESF, insumos, saneamento, empregos, serviços e mais agrotóxico, relaxamento de regras, mais acidentes, porte de armas, informalidade e terceirizações.

Superar o modelo de atenção à saúde fragmentado entre ações curativas, vigilância (detecção precoce e respostas rápidas), proteção, prevenção e promoção levando em consideração a integralidade. As regiões com serviços de diferentes densidades tecnológicas precisam conversar entre si. A integralidade precisa de protocolos clínicos e linhas de cuidado cumpridas e levando em consideração as diversidades e não só a retaguarda para a demanda espontânea, pactuada e referenciada.

“A equidade-igualdade é claramente infringida quando se observa que a estrutura de regulação é ineficiente e com baixa capacidade de comunicação tanto no controle por parte do município quanto por parte do Estado, reduzindo a possibilidade de acesso igual. A regulação exerce uma importante função para o fortalecimento da oferta de serviço e de gestão e pode promover a equidade, o acesso, a integralidade da assistência e o ajuste de oferta assistencial disponível à necessidade do uso de forma ordenada, equânime, oportuna e racional” (NUNES, 2018, p. 60).

Políticas públicas de natureza intersetorial observando a CF, ou seja, saúde como direito garantido por políticas sociais e econômicas para reduzir doenças e agravos e acesso à saúde são imprescindíveis. O Estado deve garantir direitos e não ser vendedor de serviços cruciais para a população e igualdade na diversidade.

As tentativas como territorialização, pactuação, Projeto Lean das Emergências (experiência de gestão japonesa baseada na eliminação de desperdício), capacitações, referência e contrarreferência ou linhas de cuidado contribuem, segundo gestores, mas avaliações dos processos em relação à concepção do SUS e avanços são necessários.

As propostas resultantes do estudo compreendem:

1. A lotação de profissionais de referência em APS no HPSM-MP, que pudessem ter contato com os usuários classificados como não urgentes para escuta e discussão de projeto singular com vista a integração à APS, considerando as dificuldades encontradas no primeiro nível de atenção e as dificuldades de acesso no Serviço;

2. Um núcleo de apoio às urgências e emergências ou equipe de apoio matricial em UE que interagirisse com a APS considerando o usuário classificado como não urgente, ou seja, profissionais que possam oferecer apoio em sua especialidade para outros profissionais do Serviço, equipes e setores para resolução da procura do PS por usuárias e usuários classificados como não urgentes, diminuindo o atendimento ambulatorial;
3. Soluções coletivas como a universalização da ESF, uma vez que foi verificado pelo estudo que os bairros de Belém precisam de maior cobertura de ESF e os serviços do Estado ou Federal não são em grande número e em muitos bairros não existem ou são de difícil acesso. Quanto as especialidades, poderia ser oferecido mais serviços como ambulatório de dor, ambulatório de olhos ouvidos e orofaringe, práticas integrativas e complementares em saúde como acupuntura e quanto aos acidentados no trabalho, que todos os dias têm seus direitos desrespeitados, seria importante que existisse um serviço de referência para um tratamento de acidentados do trabalho.

Os serviços necessitam se guiar pela clínica ampliada onde há o diagnóstico considerando não só o saber clínico e epidemiológico, mas também as histórias e os saberes do usuário definindo a terapêutica, considerando o aspecto biopsicossocial das demandas de saúde. Há a necessidade de se perguntar se o problema apresentado gera risco à saúde do usuário ou é um problema ambulatorial? A capacidade de atender as demandas e não a oferta de serviços inespecíficos é o mais importante. O profissional tem que ajudar o usuário a entender melhor as necessidades apresentadas. As pessoas avaliam a urgência do ponto de vista delas e acreditam que somente a atenção médica hospitalar pode resolver a demanda. Tem que identificar os usuários superutilizadores das UE e prestar atendimento com vista à educação em saúde. O PS como primeira atenção em relação a identificar e regular o usuário para a APS, que é um nível de atenção que pode atuar em 100% dos casos, segundo o Ministério da Saúde e seu Programa Previne Brasil, de 2019.

Apenas mudanças de arranjos estruturais do tipo de serviços que prestam assistência de UE não são suficientes. O matriciamento ou articulação intersetorial com outros serviços da RAS e com atores diversos do território e participação popular são fundamentais e necessários, pois não podemos apenas entregar demandas para outros serviços. Ou seja, precisamos de políticas públicas para diminuir a busca por UE nos casos de classificação de não urgentes e internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAPS). Precisamos de eficiência, eficácia e efetividade considerando o SUS como uma grande política de saúde, inclusão de pessoas e distribuição de renda.

REFERÊNCIAS

ARIAS, José Raimundo da Silva; COSTA, Regina Barbosa da. As políticas de saúde do Pará na primeira república. 1. ed. Pará: Dalcídio Jurandir-Imprensa Oficial do Estado do Pará, 2021, 206 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/catalogodepublicacoes/livros/i05.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/leis>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BELÉM. Lei Orgânica do Município de Belém. Belém, 1990. Disponível em: <https://www.belém.pa.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BELÉM. Lei 7.682, de 5 de janeiro de 1994. Belém, 1994. Disponível em: <https://belem.jusbrasil.com.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília DF, 2003. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Brasília DF, 2008. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília DF, 2010. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília DF, 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Portaria n. 354, de 10 de março de 2014. Brasília DF, 2014. Disponível em: bvsms.saude.br. Acesso em: 2 abr. 2022.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. Rio de Janeiro, Cadernos Saúde Coletiva, 2016. p. 49-54. v.24, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos deveres e direitos da pessoa usuária da saúde. Brasília DF, 2017. Disponível em: <https://www.conselho.de.saude.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BELÉM. Plano Municipal de Saúde (PMS) Belém-PA 2018-2021. Belém, 2017. Disponível em: www.segep.belem.pa.gov.br. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Componente hospitalar da rede de atenção às urgências. Brasília DF, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BATISTA, Sandro Rodrigues et al. O complexo regulador em saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019. p. 2043-2052. v. 24, n.6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília DF, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 2020. p. 25-37. v. 54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 fev. 2022.

BELÉM. Rede Bem-Estar. Belém, 2021. Disponível em: <https://cinbesa.belem.pa.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que é e como fazer? Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018. p. 1707-1714. v. 23, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CORREIA JUNIOR, Paulo Cesar Teles; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Situações de urgências e emergências entre adolescentes e adultos jovens: revisão integrativa de literatura. Ceará. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*. 2020. p. 119-122. v.3, n.3. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16191>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde no PMA. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2015. Disponível em: <https://portaloswaldocruz.br>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GIOVANINI, Adenilson. SIRGAS 2000: O que é, história e objetivos. Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <https://adenilsongiovanini.com.br>. Acesso em: 2 abr. 2022.

JUNQUEIRA, C. R. Dilemas bioéticos na atenção básica. São Paulo. UNIFESP. 2007, 45 p. Disponível em: <https://unasus.com>. Acesso em: 2 abr. 2022.

KÖCHE, José Carlos. Fundamentos da Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação científica. Petrópolis. Vozes. 2011, 185 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo. Atlas. 2012, 328 p.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia Machado; COLVERO, Luciana. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. São Paulo. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 7 (2). 2013. p. 203-211.

MENDES, Monica da Silva. Demanda espontânea x demanda programada na equipe de saúde da família Saúde e Esperança no município de São João do Pacuí/MG. 217. 22 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional para a África. O programa africano de transformação da saúde para 2015-2020: uma visão para a cobertura universal de saúde. África. Biblioteca OMS/AFRO. 2016. p. 1-31.

NUNES, Sílvia Ferreira. Instituto do pacto de saúde: regionalização e municipalização da saúde no Estado do Pará. 2018. 214 p. Tese (Doutorado em Ciência: Desenvolvimento Socioambiental)-Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido-Universidade Federal do Pará, Pará, 2018.

OLIVEIRA, Paola da Silva et al. Atuação profissional nas urgências e emergências nas unidades básicas de saúde. Rio de Janeiro. Revista Online de Pesquisa. 2020. p. 820-826. v. 12. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7556>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PIERSON, Paul. Fragmented welfare states: federal institutions and development of social policies governance. *an international journal of policy and administration*, v. 1, n. 4, p. 449-478, 1995.

PAULA, Juliana Braga de; IBIAPINA, Flávio; MOSSÉ, Phillipe. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. Fortaleza. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018. p. v. 31, n. 4. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8783>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

PEREIRA, Helena Nayara Santos Pereira; MOSCHINI, Luiz Eduardo; UEHARA, Silvia Carla da Silva André. A Influência dos indicadores econômicos na distribuição espacial de internações relacionadas às doenças não transmissíveis. Rio de Janeiro. Revista Enfermagem UERJ. 2021. p. v. 29 Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br. <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/58644/40403>>. Acesso em: 2 ago. 2022.

RIO DE JANEIRO. Políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde. Rio de Janeiro (RJ), 2015. Disponível em: portal.fiocruz.br. Acesso em: 2 ago. 2022.

RIO DE JANEIRO. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência. Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 51 p. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/sms. Acesso em: 2 ago. 2022.

RIO DE JANEIRO. Manual Técnico para a Organização das Unidades de Urgência e Emergência em Conformidade com o Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. 1. ed. Rio de Janeiro, 2022. 45 p. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br>. Acesso em: 2 ago. 2022.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, Henrique Gurtler; KEHRIG, Ruth Terezinha. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Rio de Janeiro. Revista de Saúde Coletiva. 2015. p. 1095-1115 v. 25, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400004>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RISSARDO, Leidyane Karina. et al. Idosos atendidos em unidades de pronto atendimento por condições sensíveis à atenção primária. Minas Gerais. REME. 2016. p. 1. Disponível em: <https://www.reme.org.br>. Acesso em: 2 ago. 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação do SUS. Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2017. p. 47-56. Anais. Disponível em: <https://www.anaisihmt.com>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SEVERO, Fernanda Thereza Martins Torres. Regulação em saúde: sistematização no processo de trabalho para uma otimização das cotas de especialidades em um município do Alto Pajeú-PE. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Curso de Especialização em

Saúde Pública - Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco, Serra Talhada, 2017. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org.br>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: início, a caminhada e o rumo. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2018. p. 1729-1736. v. 23, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. Rio de Janeiro. Saúde Debate. 2019. p. 44-57. v. 43, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SÃO PAULO. O médico do trabalho no plano de atendimento à emergência. São Paulo (SP), 2018. Disponível em: <https://apmtsp.org.br>. Acesso em: 24 jan. 2022.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISÁRIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Minas Gerais. Revista Saúde e Sociedade. 2015. p. 361-373. v. 24, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

TEZOTO, Edenise Leite; OLIVEIRA, Renata Domingues de. O princípio da cidadania na Constituição Federal de 1988. Itapeva. Revista Científica Eletrônica de Ciência Aplicada da Faculdade de Ciências Sociais e Agrária de Itapeva. 2018. p. 1. Disponível em: [http:// fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_dest](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_dest). Acesso em: 5 abr. 2022.