

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 07/02/2022.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Simone da Silva Carvalho

**Análise dos atendimentos da demanda espontânea em
unidade básica de saúde de um município do interior de
São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado Profissional e Doutorado Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguim.

**Botucatu
2021**

Simone da Silva Carvalho

Análise dos atendimentos da demanda espontânea em
unidade básica de saúde de um município do interior de São
Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado Profissional e Doutorado Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguim.

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Carvalho, Simone Silva.

Análise dos atendimentos da demanda espontânea em unidade básica de saúde de um município do interior de São Paulo / Simone Silva Carvalho. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silmara Meneguim

Capes: 40406008

1. Serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde. 4. Emergências. 5. Pessoal de saúde.

Palavras-chave: Acesso ao serviço de saúde; Atenção primária à saúde; Educação permanente em saúde; Emergência; Profissionais de saúde.

Simone da Silva Carvalho

Análise dos atendimentos da demanda espontânea em unidade básica de saúde de um município do interior de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado Profissional e Doutorado Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Silmara Meneguim

Comissão Examinadora:

Profa. Associada Silmara Meneguim
Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Profa. Dra. Camila Fernandes Pollo
Clínica Dra. Laura Bariquelo

Botucatu, 16 de setembro de 2021.

A todos os profissionais de saúde que atuam no SUS.

AGRADECIMENTO

A todos que tornaram possível a realização deste projeto.

*Em especial a minha família que me auxiliou a manter o foco e lutar
contra as adversidades.*

*É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que,
num dado momento, a tua fala seja a tua prática.*

Paulo Freire

RESUMO

Carvalho, SS. **Análise dos atendimentos da demanda espontânea em unidade básica de saúde de um município do interior de São Paulo.** 2021. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2021.

Introdução: As pessoas definem suas necessidades de saúde com formas e graus variados e momentos variados, caracterizando a demanda espontânea na unidade de saúde. O não acolhimento dessas necessidades resultam em reclamações, retornos repetidos e Prontos Socorros (PS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) sobrecarregados com casos passíveis de serem resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF). Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo principal analisar os atendimentos de demanda espontânea realizados em uma unidade básica de saúde, de um município do interior de SP. Como objetivos secundários: analisar a conduta/desfecho destes atendimentos; identificar junto aos profissionais de saúde, que atuam nessa UBS, as principais dificuldades enfrentadas para o atendimento de casos de urgências/emergências; compreender a percepção desses profissionais em relação ao suporte oferecido pelo município para realização destes atendimentos na UBS onde foi realizado o estudo; identificar estratégias para melhorar o atendimento dos casos de urgências/emergências nessa UBS; identificar os problemas de acesso e registro das informações nos prontuários; elaborar um plano de ação de educação permanente adequado ao contexto da UBS estudada.

Métodos: estudo descritivo, exploratório, transversal de abordagem mista. A coleta foi realizada em duas etapas: na primeira foram levantados os atendimentos de demanda espontânea realizados em uma unidade básica do interior de São Paulo, no período de setembro de 2019 a maio de 2020; na segunda foram entrevistados 10 profissionais de saúde, atuantes neste serviço há mais de um ano, e que consentiram na participação. As entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando-se a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Dos 306 prontuários analisados referentes à demanda espontânea no período estudado, a maioria era de mulheres (58,5%), com idade média de 57 anos, que procuraram o serviço por necessidade de assistência burocrática 225 (73,5%), como pedidos de renovação de receitas, exames diversos e solicitação de encaminhamentos para

especialistas. Constatou-se que apenas 81 (26,5%) pacientes receberam algum cuidado local e nenhum paciente foi transferido para o serviço de emergência. Na segunda fase da pesquisa foram entrevistados 10 profissionais de saúde, cuja síntese das entrevistas contribuíram para elaboração do discurso do sujeito coletivo, agrupado em três temas: dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o atendimento de urgência/emergência na unidade básica de saúde; suporte oferecido pelo município para realização dos atendimentos de urgência/emergência na atenção básica; propostas para melhoria dos atendimentos de urgência/emergência. **Conclusão:** Os resultados apresentados demonstram que a maioria dos atendimentos realizados na demanda espontânea referem-se à assistência burocrática e que casos complexos ou mesmo urgências/emergências não são encaminhados para a UBS estudada. Portanto, os atendimentos são eletivos e resolvidos na própria unidade. Os discursos evidenciaram que o serviço não tem condições de atender casos de urgência/emergência, em virtude do despreparo da equipe e falta de recursos humanos e materiais. Além disso, não há preocupação do município em oferecer condições mínimas para que este atendimento seja realizado na UBS. Como proposição de melhorias os participantes destacaram a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, investimento em recursos materiais e aquisição de equipamentos, bem como permanência de médico em período integral no serviço e implantação de protocolos de atendimento. A coleta dos dados identificou problemas nos processos de trabalho, falta de qualificação dos profissionais e de investimento da gestão municipal para atendimento dos casos de urgência/emergência nesta unidade de atenção básica. Considerando que grande parte dos problemas encontrados podem ser abordados com ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), elaborou-se um plano de ação para implementação de educação permanente na UBS Macro II, como produto da pesquisa.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Emergência; Acesso ao Serviço de Saúde; Treinamento/Capacitação; Educação Permanente em Saúde; Profissionais de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Carvalho, SS. **Analysis of spontaneous demand care in a basic health unit in a city in the interior of São Paulo.** 2021. Dissertation (master's degree). Botucatu School of Medicine, Paulista State University "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2021.

Introduction: People define their health needs in different ways and degrees and at different times, characterizing the spontaneous demand in the health unit. Failure to meet these needs results in complaints, repeated visits, and Emergency Room (ER) and Emergency Care Units (ECU) overloaded with cases that can be resolved in Basic Health Units/Family Health Strategy (BHU/FHS). Consequently, this study had as its main objective: to analyse the spontaneous demand care provided in a basic health unit in a city in the interior of São Paulo. As secondary objectives: to analyse the conduct/outcome of these appointments; identify with the health professionals who work in this UBS, the main difficulties faced in the care of urgent/emergency cases; understand the perception of these professionals in relation to the support offered by the municipality to carry out these services at the BHU where the study was carried out; identify strategies to improve the care of urgent/emergency cases; identify problems in accessing and recording information in medical records; prepare a permanent education action plan appropriate to the context of the UBS studied.

Method: descriptive, exploratory, cross-sectional study with a mixed approach. The collection was carried out in two stages: in the first, spontaneous demand services carried out in a basic unit in the interior of São Paulo were surveyed, from September 2019 to May 2020; in the second, 10 health professionals working in this service for over a year and who consented to participate were interviewed. The interviews were transcribed and analyzed using the methodological strategy of the Collective Subject Discourse. **Results:** The 306 medical records analyzed referring to spontaneous demand in the study period, the majority were women (58.5%), with an average age of 57 years, who sought the service due to the need for bureaucratic assistance 225 (73,5%), as requests for revenue renewal, various exams, and request for referrals to specialists. It was found that only 81 (26,5%) patients received some local care, and no patient was transferred to the emergency department. In the second phase of the research, 10 health professionals were interviewed, whose synthesis of the interviews

contributed to the elaboration of the collective subject's discourse, grouped into three themes: difficulties faced by professionals for urgent/emergency care in the basic health unit; support offered by the municipality to carry out urgent/emergency care in primary care; proposals for improving urgent/emergency care. **Conclusion:** The results presented show that most of the care provided in spontaneous demand refer to bureaucratic assistance and those complex cases or even urgencies/emergencies are not referred to this unit. Therefore, the appointments are elective and resolved in the unit itself. The speeches showed that the service is unable to attend urgent/emergency cases, due to the team's unpreparedness and lack of human and material resources. In addition, the municipality is not concerned about offering the minimum conditions for this service to be carried out at the UBS. As a proposal for improvements, the participants highlighted the need for training and qualification of health professionals, investment in material resources and acquisition of equipment, as well as the permanence of a full-time physician in the service and implementation of care protocols. Data collection identified problems in the work processes, lack of professional qualification and municipal management investment to care for urgent/emergency cases in this primary care unit. Considering that most of the problems found can be addressed with Permanent Health Education (PHE) actions, an action plan was drawn up for the implementation of permanent education at BHU Macro II, as a product of the research.

Key words: Primary Health Care; Emergency; Health Services Accessibility; Training; Permanent Health Education; Health Professionals; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da constituição amostral da pesquisa quantitativa	36
Figura 2 - Fluxograma da constituição amostral da pesquisa qualitativa	38
Figura 3 - Histograma de distribuição da amostra em relação à idade – Penápolis – 2020	42
Figura 4 - Gráfico de linhas de distribuição da pressão arterial na amostra – Penápolis – 2020.....	42
Figura 5 - Distribuição de queixa sintomática e assistência burocrática – Penápolis – 2020	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo – Penápolis – 2020.....	41
Tabela 2 - Motivos de atendimento da demanda espontânea em unidade básica de saúde – Penápolis - 2020.....	43
Tabela 3 - Perfil dos profissionais que participaram das entrevistas – Penápolis – 2020	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre Educação Permanente e Educação Continuada.....	27
Quadro 2 - Síntese das Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao tema: dificuldades enfrentadas no atendimento as urgências/emergências na unidade básica	46
Quadro 3 - Síntese das Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao tema: suporte oferecido pelo município para o atendimento das urgências/emergências na UBS	47
Quadro 4 – Síntese das Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao tema: proposta de melhoria para o atendimento das urgências/emergências na atenção básica (continua)	48
Quadro 4 - Síntese das Ideias e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao tema: proposta de melhoria para o atendimento das urgências/emergências na atenção básica (conclusão)	49
Quadro 5 - Problemas identificados na coleta de dados dos prontuários.....	49
Quadro 6 - Problemas identificados na pesquisa qualitativa	50
Quadro 7 - Pontuação dos critérios de priorização dos problemas levantados	52
Quadro 8 - Plano de ação para implantação de educação permanente para os profissionais de saúde da UBS Macro II (continua).....	55
Quadro 8 - Plano de ação para implantação de educação permanente para os profissionais de saúde da UBS Macro II (continuação).....	56
Quadro 8 - Plano de ação para implantação de educação permanente para os profissionais de saúde da UBS Macro II (conclusão)	57

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER II	Centro Especializado em Reabilitação Intelectual e Auditiva
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNEPE	Fundação Educacional de Penápolis
IAM	Infarto Agudo Miocárdio
IC	Ideia Central
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IST/AIDS	Infecção Sexualmente Transmissível/Acquired Immunodeficiency Syndrome
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional Atenção Integral Saúde do Homem

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
POP	Procedimento Operacional Padrão
PS	Pronto- Socorro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCOP	Relatório Clínico Orientado por Problemas
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE – CTA	Serviço Ambulatorial Especializado - Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/HIV/AIDS e Hepatite Virais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBV	Suporte Básico de Vida
SISAB	Sistema de Informação para Atenção Básica
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	19
2.1 Sistema Único de Saúde	19
2.2 Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde	20
2.3 Rede de Urgência e Emergência e a Atenção Primária à Saúde	23
2.4 Educação Permanente em Saúde.....	25
3 OBJETIVOS	31
3.1 Geral.....	31
3.2 Específicos	31
4 MÉTODO	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Local do estudo	32
4.3 Casuística.....	35
Fase 1	35
4.4 Coleta dos dados	37
4.5 Casuística.....	37
Fase 2	37
4.6 Coleta dos dados	38
4.7 Aspectos éticos	39
4.8 Análise dos dados	39
5 RESULTADO	41
5.1 Fase quantitativa: Caracterização da amostra e levantamento dos atendimentos da demanda espontânea na UBS.	41
5.2 Caracterização da amostra do estudo qualitativo.....	44
5.3 Problemas levantados na UBS Macro II que subsidiaram a elaboração do plano de ação de EPS	49
5.5 Elaboração do plano de ação de educação permanente para profissionais de saúde da UBS Macro II	51
6 DISCUSSÃO	59
7 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	75
ANEXO	84
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP - Comitê de Ética de Pesquisa (continua)	84

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP - Comitê de Ética de Pesquisa (continua)	85
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa (continua).....	86
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa (conclusão)	87
APÊNDICE	88
APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos – (prontuário).....	88
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados qualitativos – (entrevista).....	89
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (continua)	90
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (conclusão)	91

1 APRESENTAÇÃO

Nesses doze anos de atuação como enfermeira, dez anos trabalhando diretamente na emergência (SAMU, Pronto - Socorro), percebi a grande procura pelo serviço de emergência para casos passíveis de resolução nas unidades básicas de saúde. Isso se aplicava, também, aos casos de urgência/emergência que vinham das unidades básicas sem um primeiro atendimento ou estabilização do caso. Essa situação sobrecarregava o serviço de emergência e toda a equipe de profissionais, desfavorecendo o atendimento de qualidade que deve ser oferecido nos casos realmente graves. As recepções cheias dos Prontos Socorros com consequentes queixas da população é uma constante na rotina do serviço de emergência.

Perguntas e muitas vezes indignação por aquela situação persistir dia a dia, me causavam angústia e estresse. Em 2018, quando passei a atuar na unidade básica de saúde, consegui compreender parte do problema que advém de vários fatores. O principal deles é a falta de conhecimento/treinamento da equipe de profissionais de saúde para atender os casos mais complexos e as urgências/emergências. Essa lacuna é consequência da falta de investimento e incentivo dos gestores municipais e institucionais em programas de ações de educação permanente voltadas para a prática cotidiana das unidades básicas. Consequentemente, sem o conhecimento necessário e as demais debilidades estruturais, de equipamentos e insumos, o que compete aos profissionais de saúde das unidades básicas é encaminhar o paciente que apresenta algum tipo de agravo para o serviço de emergência. Parte desse problema pode ser amenizado com ações de educação permanente, pois trata-se da aprendizagem no trabalho, onde a formação e desenvolvimento dos profissionais são pautados pelas necessidades de saúde das pessoas.

Esse conceito é um pouco diferente da educação continuada que geralmente é utilizada nas instituições de saúde como forma de capacitação dos profissionais. A educação continuada foca em capacitação para a realização da técnica correta do procedimento, por vezes se desconecta com a realidade da instituição. Já a educação permanente tem a proposta de transformar as práticas profissionais e organizacionais por meio de ações inspiradas por situações reais e adequadas aos recursos materiais e pessoais da instituição. Envolve todos e não apenas a equipe médica e de enfermagem, melhorando o contexto total da instituição, aumentando, consequentemente, o acesso e resolubilidade necessária aos serviços de saúde. Esse

é o embasamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instaurada no Brasil desde 2004.

Assim, percebendo a ausência de ações educativas na Unidade Básica de Saúde Macro II e os diversos problemas cotidianos que dificultam o atendimento, este estudo propôs-se a fazer um levantamento desses problemas para elaboração de um plano de ação de educação permanente em saúde para os profissionais que atuam na unidade. Portanto, na primeira fase foi feito uma análise dos atendimentos da demanda espontânea com coleta de dados nos prontuários dos pacientes e após, na segunda fase, foram feitas entrevistas semiestruturadas, com os profissionais que aceitaram participar do estudo, relacionadas as dificuldades para o atendimento de casos mais complexos, como as urgências/emergências nessa unidade. Com esses dados em mãos, foi possível elaborar um plano de ação de educação permanente em saúde para os profissionais da UBS Macro II.

É importante frisar que as unidades básicas de saúde são a referência mais próxima das pessoas em situações de urgência e que os profissionais devem ser capazes de proporcionar o primeiro atendimento e estabilizar o paciente. Entretanto, para que isso aconteça é imprescindível investir em conhecimento, treinamento e capacitação de todos os profissionais para a diminuição das sequelas e mortes em casos mais complexos. Portanto, unidades básicas com profissionais de saúde qualificados proporcionam atendimentos resolutivos e, conseqüentemente, diminuem as lotações dos serviços de emergência. À vista disso, o intuito desse estudo é melhorar o atendimento oferecido à população da unidade básica de saúde Macro II com a proposta de ações de educação permanente para abordagem dos problemas existentes na unidade.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Sistema Único de Saúde

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro era de cobertura previdenciária aos trabalhadores segurados, ou seja, apenas os que tinham carteira assinada possuíam acesso ao sistema, privilegiando a contratação do setor privado com assistência médica individual e especializada focada na medicina curativa.¹⁻⁴ Conseqüentemente, grande parte da população constituída por pobres, desempregados, trabalhadores informais e rurais era excluída do sistema, ficando à mercê das endemias e epidemias que, aliado aos elevados índices de mortalidade materno infantil, diminuía significativamente a expectativa de vida da população.⁵ O SUS é resultado das articulações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), composto por profissionais de variados setores, que lutavam contra a degradação da qualidade da saúde da população brasileira.^{1, 3-5}

Esse movimento teve importante papel na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986, onde foi aprovado a criação de um sistema único de saúde que incluiria toda a população brasileira. Todavia, apenas em 1988, na Assembleia Nacional Constituinte que se consolidou a criação do SUS, onde a Constituição Federal reconhece a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado.⁴ A regulamentação de um sistema de saúde, onde toda a população estivesse inclusa, oficializada por leis com os princípios da universalidade, integralidade e equidade foi um marco na história da saúde no Brasil e contribuiu significativamente para o aumento da qualidade de vida da população.¹⁻⁵

Os resultados positivos do SUS são indiscutíveis como o Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa IST/AIDS, Programa de Doação e Transplante de Órgãos, hemocentros, entre outros programas fundamentais que elevaram o SUS ao patamar dos maiores sistemas de saúde do mundo. A Atenção Primária à Saúde (APS) conseguiu vincular cerca de 60% da população às equipes de Saúde da Família, chegando a regiões carentes de assistência e conseguindo diminuir os altos índices de mortalidade materno infantil. Do ponto de vista da saúde pública, observa-se que o SUS é mais que um projeto, é uma conquista que trouxe uma possibilidade de mudança em relação à forma de abordagens e tratamentos.¹⁻⁷

Todavia, embora os resultados alcançados sejam inegáveis e representativos, o SUS foi concebido e desenvolvido como um sistema fragmentado e hierarquizado voltado para o combate de doenças infecciosas e condições agudas que prevaleciam

na população brasileira. O enfrentamento das condições agudas é centrado no modelo biomédico e na hierarquização do sistema que se fundamenta em um conceito crescente de baixa complexidade (atenção primária), média complexidade (atenção secundária) e alta complexidade (atenção terciária). Esse conceito de complexidade entre os níveis de atenção é problemático e colabora para a desvalorização da APS já que estabelece que a atenção primária é menos complexa que os outros níveis de atenção.⁸ Por conseguinte, ocorre a supervalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica, concentradas nos setores secundário e terciário, uma vez que tanto os profissionais de saúde como os usuários acreditam ser necessário a realização de exames mais elaborados para a resolução das necessidades de saúde que chegam até as unidades básicas. Ou seja, mesmo casos passíveis de serem resolvidos na APS são encaminhados para os serviços de emergência.⁸⁻¹⁰

Outro problema importante que se sobressai aos bons resultados do SUS é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que inviabiliza os princípios normativos de cuidado universal, integral e equânime do sistema.¹¹⁻¹⁴ O acesso aos serviços de saúde está intrinsicamente ligado a disponibilidade (volume e o tipo de serviços existentes, volume de usuários e o tipo de necessidade de serviços), acessibilidade (relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles), adequação funcional (organização para aceitar e adequar-se aos usuários), capacidade financeira (relação entre os custos e a oferta) e aceitabilidade (relação entre as atitudes dos usuários, profissionais de saúde e as práticas destes serviços). Todos esses quesitos são necessários para garantir o acesso e a resolubilidade do cuidado em todos os níveis de complexidade do sistema.¹² Entretanto, estudos que analisam o acesso aos serviços de saúde apontam ausência de muitos desses quesitos prejudicando consideravelmente a resolubilidade das necessidades de saúde da população.⁸⁻¹⁴

Assim, no intuito de otimizar e melhorar a resolubilidade do sistema foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como proposta de integração das redes do SUS e consolidação da APS.¹⁰

2.2 Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde

Como estratégia de enfrentamento da fragmentação do SUS foi implantada, em 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS).¹⁰ Conceitualmente são organizações poliárquicas, onde todos os níveis estão no mesmo patamar de importância,

vinculados entre si para alcançar os mesmos objetivos, em cooperativa e interdependente, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, tendo a APS como coordenadora e ordenadora de todo o processo.⁸⁻¹⁰ Para a implantação da RAS foi pactuado cinco redes temáticas prioritárias, são elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.⁹

Por sua vez, a APS é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵ como um conjunto de ações e serviço de saúde que atende individualmente, coletivamente e familiarmente de modo integral em todas as fases do ciclo da vida, adequando a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, minimizando sequelas, instituindo cuidados paliativos quando necessário, com equipe multiprofissional qualificada para a população adscrita e que tenha responsabilidades sanitárias. A PNAB deixa bem claro que a APS é a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços da RAS. Significa que a APS deve realizar gestão da assistência do usuário, coordenando o cuidado no conjunto da RAS, mesmo quando ele necessita ser cuidado em outros pontos de atenção nos níveis secundário e terciário.¹⁰⁻¹⁷ Apesar do discurso presente nas leis e regulamentações, estudos mostram condições insuficientes para a realização da coordenação do cuidado, mesmo quando o tratamento ocorre somente na UBS.^{11,16-19}

Estudos apontam que os problemas começam com uma APS voltada essencialmente para atendimentos programáticos, em detrimento ao acolhimento e atendimento das pessoas acometidas por agravos de caráter agudo que, mesmo sendo de baixa complexidade, são encaminhados aos serviços de emergência que oferecem tratamentos sintomáticos comprometendo a integralidade da assistência.²⁰⁻

²² O simples fato de a pessoa não conseguir ser atendida no mesmo dia em que procura a UBS, sem um acolhimento qualificado para dimensionar o grau de prioridade e, assim, apresentar alternativas para a resolução da necessidade de saúde, desqualifica a APS como coordenadora e ordenadora dos serviços da RAS.^{11,13,14,19,20}

O serviço deve ser centrado na pessoa, no usuário: qual a sua necessidade de saúde no momento e o que pode ser feito para solucioná-la. As pessoas definem

suas necessidades de saúde com formas, graus e momentos variados, caracterizando a demanda espontânea na unidade de saúde. O não acolhimento dessas necessidades resultam em queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços.^{9,14,17,23} Considerando o cenário atual, com os Prontos Socorros (PS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sobrecarregadas com casos passíveis de serem resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF), percebe-se que a procura por outro serviço é fato consumado na rotina do sistema, aumentando a percepção de que a porta principal de entrada não é a APS.^{14,19–26}

Há também um imaginário coletivo que compartilha a ideia de que a APS não é capaz de solucionar casos considerados mais complexos que, quando não manejados corretamente, podem evoluir para uma urgência/emergência.^{8,9,16,21,25,26} As urgências e emergências não são provenientes apenas de catástrofes que envolvam incêndios, afogamentos, acidentes de trânsito com múltiplas vítimas graves e fatais. Também podem surgir de um quadro de doença crônica não transmissível (DCNT), que não foi devidamente cuidado, como uma diabetes/hipertensão descompensada, que associada a outros fatores, pode evoluir para um infarto agudo do miocárdio (IAM). Outra complicação frequente referente a diabetes é a insuficiência renal crônica (IRC) e dados indicam que a maior porcentagem de amputações não traumáticas em membros inferiores, são realizados em pessoas diabéticas.^{26,27} No Brasil, as DCNT respondem por 72% da carga de doença, se apresentando como importante problema de saúde pública, com custos crescentes para o sistema de saúde e para o crescimento econômico do país, considerando que as complicações dessas doenças levam a perda de mão de obra qualificada, anos de vida produtiva, horas de trabalho perdidos e altos gastos com aposentadorias precoces. Outro fator imensurável advindo do mal manejo das doenças crônicas é o sofrimento das pessoas acometidas por essas enfermidades e seus familiares com detrimento da qualidade de vida. Essas doenças atingem fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, como os idosos e a população de baixa escolaridade e renda.^{9,22–30}

Os casos mais complexos com exacerbação dos sintomas das DCNT como dor intensa, náuseas, vômitos, febre alta, síncope, desorientação psíquica/motora e tantos outros sintomas, caracterizando os casos de urgência, surgem em horários diversos dificultando o atendimento na UBS/ESF. Assim, resta o serviço de emergência que,

dependendo da gravidade do caso, irá medicar os sintomas e orientará a pessoa a procurar a unidade de saúde mais próxima para dar continuidade ao tratamento. Por conseguinte, a continuidade do tratamento é prejudicada pela morosidade dos trâmites burocráticos e o pré agendamento nas UBS/ESF favorecendo, desse modo, uma exacerbação mais elevada dos sintomas configurando os casos de emergência.²⁴⁻³⁰

Quando focamos no atendimento de agravos mais complexos na APS, ressaltando que esses agravos quando não assistidos corretamente podem se tornar urgência/emergência, percebemos que há um abismo entre diretrizes colocadas no papel e o cuidado na prática. Assim, é necessário discorrer sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

2.3 Rede de Urgência e Emergência e a Atenção Primária à Saúde

A Rede de Urgência e Emergência (RUE)³¹ preconiza que o atendimento às pessoas com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade. Enfatiza a importância da ampliação do acesso e acolhimento dos casos agudos com classificação de risco adequada a cada agravo, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento a qualquer tipo de urgência. É instituída a APS como primeiro atendimento às urgências e emergências, considerando que a UBS/ESF é a unidade de saúde mais próxima da população, e mediante recursos disponíveis e profissionais seja capaz de estabilizar o paciente evitando sequelas ou mortes prematuras.^{29,31}

A urgência é um agravo à saúde em que a pessoa necessita de assistência imediata; a emergência é o risco iminente de vida ou sofrimento intenso que possa causar danos e/ou sequelas, exigindo assistência imediata.³² Essa definição se encaixa melhor nos serviços de emergência onde existem maior densidade tecnológica (equipamentos com maior número de parâmetros), implementação de protocolos institucionais válidos (por exemplo, protocolo Manchester de classificação de risco) e profissionais capacitados e acostumados com essas intercorrências que conseguem dimensionar adequadamente a gravidade do caso. Na UBS/ESF, onde a prioridade de atendimento é definida por ordem de chegada dos pacientes e a triagem é realizada, na maioria das vezes, por profissional não qualificado, a urgência passa

despercebida ou não é ouvida/acolhida transformando-se em algo de maior gravidade.^{16,23,31-36}

Grande parte das UBS/ESF não dispõem de equipamentos básicos como oxímetros, os aparelhos de aferição de pressão arterial muitas vezes estão descalibrados, portanto, se não é possível contar com os equipamentos de aferição, a anamnese baseia-se em sinais observáveis e sintomas referidos pelo paciente.^{29,33-37} Os casos que aparentam ser mais complexos, com qualquer sintoma/sinal que possa sugerir uma urgência/emergência, simplesmente são encaminhados para o serviço de emergência. A maioria dos profissionais que atuam na APS acreditam que o atendimento de urgência/emergência não deve ser realizado na UBS/ESF.^{32,33,35-40} Contudo, a RUE preconiza que o atendimento de urgência e emergência deve ser realizado em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive na APS, uma vez que as UBS/ESF são classificadas na modalidade de atendimento pré hospitalar fixo, devendo oferecer o primeiro atendimento, estabilizar o paciente e encaminhar apenas se necessário.^{29,31}

Um dos principais fatores que colabora para essa dificuldade de acesso e resolubilidade dos serviços de saúde, especificamente nas UBS/ESF, é a ausência de acolhimento qualificado para entender e dimensionar corretamente as necessidades de saúde que chegam até o serviço. É passível de resolução na unidade ou é necessário encaminhar para outro serviço de referência?^{11,39,40} Existe uma série de quesitos que estão intrinsicamente ligados ao conceito de “acesso aos serviços de saúde”¹², e o acolhimento faz parte desses quesitos.

Conseqüentemente, a dificuldade de acolhimento com escuta qualificada das necessidades de saúde do usuário, que são diversas e influenciadas por fatores biológicos e socioculturais, dificultam a resolubilidade na APS.^{32,40} O acolhimento qualificado pode diminuir as filas em todos os níveis de atenção, possibilitando a correta assistência dos agravos na UBS/ESF diminuindo, assim, a probabilidade de evoluírem para casos de urgência/emergência e intervenções desnecessárias nos serviços de emergência.^{29,33,40-42} Os estudos que analisam os fatores que contribuem para a falta de acesso e resolubilidade dos serviços da APS indicam o desinteresse político como um dos principais entraves do sistema. Esse desinteresse se traduz em falta de incentivo em qualificação profissional, desestruturação das unidades e falta de insumos e equipamentos.^{11-14,16,18-22,24,25,32-34,36,42-45}

A falta de incentivo político para a execução de programas de educação permanente para os profissionais da APS, desde os profissionais de limpeza até o gestor da unidade, expressa-se em insegurança e ineficiência nos atendimentos a situações que saem da rotina da UBS/ESF. Assim, na concepção da população, os serviços de emergência tornam-se a escolha mais segura e confiável, traduzindo-se em superlotação diária dessas unidades, evidentemente que o fato de atenderem 24h influencia muito no quesito da escolha. A ausência de investimento em qualificação profissional perpetua a pouca resolubilidade na UBS/ESF e contribui para o uso excessivo e, por vezes desnecessário, dos serviços de emergência.^{28-31,35,36,38-49} Portanto, é necessário compreender o que é educação permanente em saúde.

2.4 Educação Permanente em Saúde

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1978, atribuiu a Educação Permanente em Saúde (EPS) como promotora de um processo de ensino e aprendizagem dinâmico, ativo e contínuo, atrelada ao desenvolvimento e crescimento de pessoas e grupos para enfrentarem diversidades numa sociedade em constante mudança, alcançando objetivos e metas no ambiente de trabalho.^{48,50}

Assim, entende-se que Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições de saúde e ao trabalho. Essa metodologia se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais através dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências já adquiridos anteriormente pelas pessoas. Propõe que os processos de EPS aconteçam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, transformando, assim, as práticas profissionais e a organização do trabalho.^{47,48,50,51}

No Brasil, ao se definir políticas públicas de saúde, o conceito de EPS deve incorporar todas as necessidades dos serviços de saúde referente ao processo de trabalho, que dificultam o acesso e resolubilidade dos atendimentos ofertados à população. Esse é o embasamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).⁴⁶ A PNEPS apresenta a EPS como ferramenta para a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, propondo a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede. A cadeia do cuidado

progressivo nada mais é do que a articulação dos serviços prestados pela atenção primária, secundária e terciária na qual, em todas as ações desenvolvidas, sejam reconhecidos e incorporados os problemas locais e a experiência pessoal de cada pessoa. Essa prerrogativa tem o intuito de facilitar o acolhimento e resolubilidade das necessidades de saúde das pessoas e das populações.^{46,50}

A PNEPS surgiu a partir da constatação de que os modelos de capacitação, nos moldes da educação continuada, produzem mudanças apenas pontuais em desacordo com a realidade da prática.^{46,47,50,51} Isso acontece devido as características inerentes ao modelo de capacitação da educação continuada que transmite o conhecimento dentro da lógica do “modelo escolar”. Logo, um grupo de pessoas são colocadas numa sala de aula com um ou vários especialistas à frente, transmitindo conhecimentos sobre um tema específico que deverão ser assimilados e após aplicados numa realidade que não foi abordada em sala de aula. Outro problema nesse método é o imediatismo, que acredita que a aplicação rápida de um programa educativo causará toda a mudança comportamental e institucional necessária, o que é quase impossível, considerando que não há ações de mudança na gestão dos recursos humanos mantendo os procedimentos burocráticos de administração de pessoal. Apesar dos pontos pouco favoráveis, essa prática vem se repetindo ao longo dos anos na maioria das instituições de saúde.⁴⁶⁻⁵⁰

Os conceitos da EPS rompem com a tendência consensual que reduz o problema metodológico em educação a um amontoado de técnicas fora de contexto, geralmente desenvolvidas em sala de aula, a chamada educação continuada. Todavia, deve-se compreender que o treinamento/capacitação, muito utilizado na educação continuada, pode fazer parte do processo de EPS e apresenta bons resultados quando é considerada a rotina e a população atendida pela instituição na qual esse treinamento/capacitação será inserido.^{37,50-53} No Quadro 1 é possível perceber as diferenças entre “Educação Permanente” e “Educação Continuada”⁴⁶:

Quadro 1 - Diferenças entre Educação Permanente e Educação Continuada

Educação Permanente	Educação Continuada
Incorpora o ensino e o aprendizado ao cotidiano das instituições no processo de trabalho e às práticas sociais de acordo com o contexto real da ocorrência.	Centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização.
Estratégias educativas a partir da problematização da prática, inserindo os aspectos culturais e sociais da população assistida.	Conceitua tecnicamente a prática, distanciando o saber da prática, produzindo desconexão dos dois na solução dos problemas no cotidiano.
As pessoas são atores reflexivos da prática, construtores do conhecimento e de alternativas de ação.	Estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante.
Aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar.	Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsidera a perspectiva das equipes.
Amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.	Limita-se a espaços fechados com grupos de profissionais recebendo informações de especialistas, focado em temas específicos, isolados da comunidade.

Fonte: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, 2009.

Os processos de EPS devem considerar fatores como os vínculos históricos e hierárquicos, as rotinas, normas e regulações das instituições com suas linguagens específicas (terminologia médica e de enfermagem), uma vez que esses podem ser fatores que dificultam a inserção da educação permanente nos ambientes de trabalho.⁴⁶ Portanto, se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes fatores, dificilmente conseguirão transformá-los. Além disso, o trabalho nos serviços de saúde é delimitado por um sistema de credenciais na gestão de recursos humanos, com normas e incentivos que não favorecem os processos de EPS. Como exemplo podemos citar a indicação de pessoas para cargos importantes, ligados a gestão das instituições de saúde, sem qualificação específica e conhecimento na área

que irá atuar. Há, também, os privilégios dos profissionais com mais tempo de casa, considerados os gurus das instituições com quem os novatos aprendem perpetuando assim as falhas nos processos de trabalhos.^{6,8,9,37,47,50}

Normalmente, as ações educativas são medidas destinadas a modificar práticas que são mantidas nesses sistemas de incentivos, constituindo fator dificultoso do processo. Evidentemente, para a mudança nas práticas e do processo organizacional é necessário um trabalho de equipe, formada por pessoas que não compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, em busca de estratégias para reformulação das rotinas de acordo com os contextos reais. Por isso a importância de se articular o processo de EPS com novos estilos de gestão dos recursos humanos. O apoio da gestão, tanto institucional como municipal, é fator primordial para o sucesso do processo.^{46,50}

Desse modo, implantação de EPS nos serviços de saúde envolve várias etapas e começa com o levantamento dos problemas existentes e formulação de objetivos a serem alcançados. Essa etapa induz a análise mais aprofundada das consequências dos problemas já conhecidos e arraigados na rotina da instituição. Geralmente, esses problemas se desdobram em outros problemas que eram percebidos, porém, pouco compreendidos sobre a dinâmica que os produzia. Com o conhecimento das causas dos problemas e suas consequências, parte-se para as estratégias de abordagem que solucionarão ou ao menos minimizarão esses problemas.⁵⁰⁻⁵⁵

Evidentemente, há muitos problemas que devem ser suplantados para que a APS seja capaz de suprir as necessidades da população e ser adequadamente, não apenas no papel, ordenadora e porta principal de entrada da RAS. Entre os problemas comumente conhecidos, a falta de programas de educação permanente para os profissionais da UBS/ESF é quesito preponderante nos estudos feitos na APS.^{13,17-23,26,28-55} A educação permanente, realizada na própria unidade utilizando os casos cotidianos como exemplo, tem baixo custo e resultará em pontos positivos e palpáveis melhorando a dinâmica da rotina de trabalho. Uma equipe multiprofissional qualificada pode fazer a diferença e melhorar os índices de saúde da população local, considerando que os agravos mais complexos podem surgir de DCNT mal assistidas.^{26,27,30}

Entretanto, sabe-se que a implantação da EPS não é um processo rápido e fácil. Exige articulação política, técnica e econômica que subsidiará a elaboração de um plano de ação para a implantação do processo.^{46,50} A dimensão política refere-se

a escolha entre problemas e alternativas de ação sendo um processo que envolve princípios e valores de todos os envolvidos, profissionais e população, partindo daqui grande parte dos conflitos devido a diversidade de pensamentos e opiniões. A dimensão técnica se baseia na utilização de diversas informações, conhecimentos e tecnologias que auxiliam na identificação, descrição e análise dos problemas existentes no processo de trabalho institucional e que demandam ações de EPS para seu enfrentamento. A dimensão econômica inclui o balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações e atividades previstas exigindo que seja feita a definição de prioridades face à eventual insuficiência de recursos, fator que nos remete a dimensão política devido ao processo de negociação necessário com os gestores que permeia todo o planejamento e execução de um plano de EPS. E finalmente, a metodologia que se trata do planejamento de ações de formação/capacitação dos profissionais de saúde, especificamente dos profissionais já inseridos nos processos de trabalho da instituição, levando-se em conta metodologias de ensino-aprendizagem mais adequadas e coerentes com os objetivos definidos no momento da programação das ações educativas.⁵⁰⁻⁵⁵

Considerando que o objetivo central é a mudança da prática, faz-se necessário o aprofundamento das discussões de cada tema, de cada impasse levantado, para que se saiba a dimensão do problema, as consequências do problema e quão significativo será a mudança na prática diária do trabalho. Desse modo, as expectativas do grupo devem ser constantemente avaliadas, assim como as expectativas da população devem ser consideradas a todo o momento, visto que o processo de trabalho é centrado no usuário.^{46,50}

Diante do exposto, este estudo propõe a fazer um levantamento dos problemas de uma UBS de um município do interior de São Paulo, que subsidiará a elaboração de um plano de ação para implantação de EPS na unidade. Esse levantamento será feito por meio da análise dos atendimentos da demanda espontânea e de entrevistas com os profissionais de saúde acerca das dificuldades de atendimento das urgências/emergências na unidade.

Portanto, para a análise dos atendimentos da demanda espontânea da UBS Macro II, que subsidiarão a elaboração do plano de ação de EPS, pretendemos encontrar respostas para as seguintes perguntas norteadoras: 1) Quais as necessidades de saúde mais frequentes no atendimento da demanda espontânea em

uma UBS de um município do interior de SP? 2) Quais os fatores que prejudicam o atendimento de agravos mais complexos como as urgências/emergências nessa unidade? 3) Como o atendimento e a resolubilidade podem ser melhorados nessa unidade?

Esses dados subsidiará a elaboração de um plano de ação de EPS que pretende melhorar a qualidade do atendimento oferecido à população, o que justifica a realização do estudo.

7 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados demonstram que a maioria dos atendimentos realizados na demanda espontânea refere-se à assistência burocrática e, que casos complexos ou mesmo urgências/emergências não são encaminhados para esta unidade. Os atendimentos realizados na UBS Macro II, na sua maioria, são eletivos e resolvidos na própria unidade.

Os discursos evidenciaram que o serviço não tem condições de atender casos de urgência/emergência, em virtude do despreparo da equipe, falta de recursos humanos e materiais. Além disso, não há preocupação do município em oferecer condições mínimas para que este atendimento seja realizado na UBS.

Como proposição de melhorias os participantes destacaram a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, investimento em recursos materiais e aquisição de equipamentos, bem como, permanência de médico em período integral no serviço e implantação de protocolos de atendimento.

A coleta dos dados identificou problemas nos processos de trabalho, falta de qualificação dos profissionais e de investimento da gestão municipal para atendimento dos casos de urgência/emergência, nesta unidade de atenção básica. Considerando que grande parte dos problemas encontrados podem ser abordados com ações de educação permanente em saúde, elaborou-se um plano de ação para implementação de educação permanente na UBS Macro II, como produto da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS [Internet]. 20a ed. Brasília: CONASS; 2003 [citado 23 Jun 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Cienc Saude Colet [Internet]. 2018 [citado 23 Jun 2020];23(6):1751–62. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>
3. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Cienc Saude Colet [Internet]. 2018 [citado 23 Jun 2020];23(6):1729–36. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>
4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Cienc Saude Colet [Internet]. 2018 [citado 23 Jun 2020];23(6):1723–8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2011 [citado 23 Jun 2020]. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf
6. Siqueira JE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? Mundo Saude [Internet]. 2013 [citado 23 Jun 2020];37(1):56–64. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/25_anos_sus_ha_comemorar.pdf
7. Oliveira IPRM. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos [dissertação] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2017 [citado 30 Jun 2020]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151737/oliveira_iprm_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 30 Jun 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [citado 30 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 30 Jun 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.
11. Chávez GM, Almeida NA, Nitschke RG, Viegas SMF. Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea,

- programada, reprimida. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20180331. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet.* 2012;17(11):2865–75. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
 13. Chávez GM, Viegas SMF, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):1–9. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>.
 14. Silva LS, Viegas SMF, Menezes C, Nascimento LC, Nitschke RG, Duarte DC. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Av Enferm [Internet].* 2021 [citado 7 Maio 2021];39(1):30–9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151181>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 30 Jun 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 16. Hermida PMV, Nascimento ERP, Belavier GM, Danckuk RFT, Alves DLF, Jung W. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. *Rev Enferm UFPE [Internet].* 2016 [citado 21 Ago 2020];10(4):1170–8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031590>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 30 Jun 2020]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, I). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
 18. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saude Publica [Internet].* 2019 [citado 25 Ago 2020];35(2):1–16. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002
 19. Junior HMM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saude Debate [Internet].* 2014 [citado 25 Ago 2020];51:14–29. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-771495>
 20. Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD, Weiller TH, Simon BS. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do Pronto Socorro de um hospital universitário. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet].* 2012 [citado 21 Ago 2020];4(3):2712–21. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090822.pdf>
 21. Ros C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Neto PP, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. *Reme Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1137. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180066>.

22. Bava-Caccia MC, Pereira MJB, Rocha JS, Martinez E. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2011 [citado 23 Ago 2020];44(4):347–54. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>
23. Souza CR. Construção Social da Demanda em Saúde: como a oferta modela a demanda? [tese] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018 [citado 18 Maio 2021]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23042018-144939/pt-br.php>
24. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo L. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(esp 2):19–25. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>.
25. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saude Soc* [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2020];22(1):211–22. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/19.pdf>
26. Capilheira M, Santos I. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [citado 1 Jul 2020];27(6):1143–53. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>
27. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2004 [citado 23 Jul 2020];9(4):897–908. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>
28. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012 [citado 28 Ago 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/saude-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospecao-estrategica-do-sistema-de-saude-brasileiro>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 31 Ago 2020]. Disponível em: www.saude.gov.br/saudetodahora
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Relatório do III fórum de monitoramento do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2 Set 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf
31. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet].

- Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 1 Jul 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
32. Oliveira PS, Diefenbach GDF, Colomé J, Burio D, Rosa PH, Ilha S. Atuação profissional nas urgências/emergências em unidades básica de saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2020 [citado 20 Ago 2020];12:820–6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/biblio-1100404>
 33. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o Suporte Básico De Vida. *Saude Pesqui* [Internet]. 2019 [citado 21 Ago 2020];12(2):317. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016520/09_7019-fernanda-cassineli_port_norm_ing.pdf
 34. Claudiano MS, Lopes NNL, Santos MVF, Lopes AB, Fiorin BH. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros da atenção primária em relação a parada cardiorrespiratória. *Nursing* [Internet]. 2020 [citado 20 Ago 2020];23(260):3502–6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1095357>
 35. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, Ribeiro L, et al. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. *HU Rev* [Internet]. 2019 [citado 14 Mar 2021];45(2):177–84. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048953>
 36. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)2:e51283. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>.
 37. Silva TN, Borges NMTF, Santana MM, Pereira MN, Pignatton PN, Sacramento JS, et al. A equipe na estratégia de saúde da família: uma experiência do PET-Saúde. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 [citado 30 Jun 2020];36(1 supl 2):50–5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300008>.
 38. Lima CA, Moreira KS, Abreu MHNG, Vieira DMA, Mangueira SAL, Vieira MA, et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1900. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1900](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1900).
 39. D’Agostin RL, Ceretta LB, Schwalm MT, Hoepers NJ, Soratto MT. O entendimento da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre urgência e emergência. *Mundo Saude* [Internet]. 2012 [citado 23 Ago 2020];36(3):461–7. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/entendimento_equipe_enfermagem_estrategia_saude.pdf
 40. Oliveira M, Trindade MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de Atenção Básica à Saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Rev Hórus* [Internet]. 2010 [citado 2 Set 2020];5(2):160–71. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3978/1825>

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 15 Set 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/acolhimento-com-avaliacao-e-classificacao-de-risco-um-paradigma-etico-estetico-no-fazer-em-saude/>
42. Santos TVC, Penna CMM. Demandas cotidianas na Atenção Primária : o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(1):149–56. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>.
43. O’Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2010 [citado 1 Jul 2020];15(5):2395–404. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>
44. Santos EC, Silva SVV, Silva AMN, Silva LB, Costa RP, Mandú ENT. Capacitação em primeiros socorros para equipes de saúde da atenção básica: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2017 [citado 1 Jul 2020];16(2):1–6. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36909/20817>
45. Moraes TPR, Paiva EF. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev Cienc Med* [Internet]. 2017 [citado 1 Jul 2020];26(1):9–18. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/875988/3783-12864-2-pb.pdf>
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 4 Set 2020]. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 9). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
47. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Baldissera VDA. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2017;25:e26278. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.2627>.
48. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saude Debate.* 2019;43(120):223–39. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
50. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):605–10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500018>.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - Orientações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2 Mar 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf

52. Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Gerencia de Educação em Saúde-GES. Escola de Aperfeiçoamento do SUS-EAPSUS/FEPECS/SES. Plano de Educação Permanente em Saúde - PEPS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 20 Fev 2021]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PE.pdf>
53. Barbosa VBA. Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: uma proposta a ser construída [dissertação] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2008 [citado 7 Set 2020]. Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/101964>
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas - Experiências exitosas da cooperação entre a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 20 Fev 2021]. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>
55. Valente DS. Educação Permanente em Saúde em unidades críticas de um hospital de ensino: elaboração de material de apoio [dissertação] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2015 [citado 7 Set 2020]. Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/131963>
56. Sé ACS, Reis AL, Paiva APDL, Pestana LC, Reis L, Gonçalves RCS, et al. Atualização de trabalhadores de enfermagem em suporte básico de vida. *Rev Enferm UFPE*. 2019;13:e241981. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241981>.
57. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica* [Internet]. 1993 [citado 11 Set 2020];9(3):237–48. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1993.v9n3/237-248/pt/>
58. Creswell JW. Procedimentos de métodos misto. In: Creswell JW. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. Rocha LO, tradutor. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. Cap 11, p. 211–230.
59. Ferreira CAL. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. *Rev Mosaico* [Internet]. 2015 [citado 11 Set 2020];8(2):173–82. Disponível em: <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/4424>
60. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):1–9. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 4 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/penapolis.html>
62. Prefeitura Municipal de Penápolis. Secretarias/Departamentos [Internet]. Penápolis: Prefeitura Municipal; 2021 [citado 4 Jun 2021]. Disponível em:

- <https://www.penapolis.sp.gov.br/portal/secretarias/12/saude/>
63. Santa Casa de Penápolis. Sobre a instituição [Internet]. Penápolis: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis; 2013 [citado 4 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.santacasadepenapolis.com.br/sobre>
 64. Boni V, Quaresma J. Aprendendo a entrevistar como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese [Internet]. 2005 [citado 1 Fev 2021];2(1):68–80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>
 65. The Jamovi Project. Version 1.6, Computer Software [Internet]. Sydney, AUS: Jamovi; 2021 [citado 4 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.jamovi.org>
 66. Lefevre F, Lefevre AMC, Cornetta VK, Araújo SDT. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2010;20(3):798–808. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19988>.
 67. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Disturb Comun.* 2013 [citado 27 Jul 2020];25(1):129–36. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>
 68. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):502–7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
 69. Demarzo MMP, Kolchraiber FC, Otaviano J, Oliveira GC, Vasconcelos E. Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde. Módulo Político Gestor [Internet]. São Paulo: Unasus, Unifesp; [s/d] [citado 9 Mar 2021]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_10.pdf
 70. Barbosa I, Santos LPGS, Beraldo M, Torres PL, Garcia RA, Oshiro VN. Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência [Internet]. São Paulo: Coren-SP; 2017 [citado 21 Fev 2021]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_de_boas_praticas_de_enfermagem_na_atencao_basica_norteando_gestao_a_assistencia.pdf
 71. Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SMF. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saude Colet.* 2020;30(3):1–20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300320>.
 72. Gusso G. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. *Cienc Saude Colet.* 2020;25(4):1241–50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>.
 73. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em medicina de família no Brasil utilizando a classificação internacional de atenção primária. *Cienc Saude Colet.* 2012;17(11):3025–36. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>.
 74. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

- (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica [Internet]. Brasília: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2013 [citado 5 Mar 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf>
75. Barbosa YO, Menezes LPL, Santos JM, Cunha JO, Menezes AF, Araújo DC, et al. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(11):2897–905. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a237446p2897-2905-2018>.
 76. Silva DM, Souza TO, Lima MV, Yarid SD, Sena ELS. Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção. *Cogitare Enferm*. 2013;18(3):573–8. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.46361>.
 77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 8 Mar 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
 78. Rocha VCLG, Pereira DS, Pereira MJ, Silva SLA. Validade e Concordância do registro em prontuário do uso de serviços da Rede de Atenção à Saúde por idosos. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(6):2103–12. doi: 10.1590/1413-81232020256.19682018.
 79. Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1–13. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460).
 80. Ruschi GEC, Antônio FF, Zandonade E, Miranda AE. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1–13. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1612](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1612).
 81. Gomes PDAR, Farah BF, Rocha RS, Friedrich DBC, Dutra HS. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(5):1226–35. doi: <http://10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235>.
 82. Lopes AA. Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE). O Contexto do SOAP [Internet]. Salvador: Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia; 2020 [citado 4 Jun 2021]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/31435>
 83. Sales ICB, Barros Filho EM, Oliveira CMC. Registro clínico baseado em problemas como instrumento para desenvolver competências em programa de residência médica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [citado 2 Jun 2021];45(2):e052. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200289>.
 84. Roman AC. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia saúde da família

- [tese] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009 [citado 1 Jun 2021]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-28082009-095729/>
85. Siqueira C, Zilda A, Reck DC, Santos DL, Regina A, Nuñez G, et al. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. *J Health NPEPS*. 2018;3(1):241–52. doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610102881>.
 86. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 r. *Cad Saude Publica*. 2017;33(8):1–15. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>.
 87. Randow RMV, Brito MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com Atenção Primária à Saúde na perspectiva de gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento. *Rev RENE* [Internet]. 2011 [citado 14 Mar 2021];12(esp):904–12. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4370>
 88. Evangelista MJDO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, Vale FLB, Lins MZS, Matos MAB, et al. O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2019 [citado 14 Mar 2021];24(6):2115–24. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011820>
 89. Baduy RS, Nunes EFPA, Bortoletto MSS, Carvalho BG, Oliveira KS, Orquiza SMC. Encontros Regionais de Educação Permanente (EREP) movimentando a gestão em rede na saúde. *Narrativa de uma vivência. Espac Saude*. 2014;15(2):47–55. doi: <https://doi.org/10.22421/15177130-2014v15n2p47>.
 90. Silva VB, Mendes VA, Lima SCF, Gonçalves TLP, Paes GO, Stipp MAC. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e71890. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71890>
 91. Vendruscolo C, Silva KJ, Araújo JAD, Weber ML. Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e72725. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72725>