



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Ana Paula de Lima Bezerra

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ATENDIMENTO ÀS SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: um
relato de experiência**

Belo Horizonte

2024

Ana Paula de Lima Bezerra

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ATENDIMENTO ÀS SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: um
relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Profa. Dra. Thais Lacerda e Silva

Belo Horizonte

2024

Ficha Catalográfica:

B574a

Bezerra, Ana Paula de Lima.

Atenção primária à saúde (APS) no atendimento às situações de urgência e emergência em um município de pequeno porte: um relato de experiência. /Ana Paula de Lima Bezerra . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

32 f.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Orientador(a): Thais Lacerda e Silva.

Inclui bibliografia.

1. Rede de Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pequenas Cidades. 4. Urgências e Emergências. I. Silva, Thais Lacerda e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 100

Ficha gerada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

A Deus pela conclusão de mais uma etapa.

Ao meu pai e familiares pelo incentivo constante.

A minha mãe Nadir, presente sempre em memória, que constitui minha inspiração para trabalhar na saúde.

Aos colegas, pelo companheirismo, amizade e trocas que me ensinaram muito sobre a Rede de Saúde e suas particularidades.

Aos mestres, pelos conhecimentos compartilhados e por me mostrarem a potencialidade do aprendizado, de acordo ao cotidiano dos serviços de saúde.

Em especial, agradeço à minha orientadora Thais pela paciência, compreensão e incentivo.

Por fim, agradeço aos profissionais de saúde de Santana do Riacho, aos quais tive a honra de conviver e trabalhar em conjunto, focando na melhor oferta de serviços frente às singularidades locais da rede de saúde. Faço menção especial à Maria Isabel Coelho e João Vitor Júnior por me permitirem descrever sobre minhas vivências na coordenação de APS local. Às enfermeiras Silvana Chagas, Nayara Carvalhais e aos técnicos de enfermagem do plantão, que por meio das trocas constantes inspiraram esse trabalho.

RESUMO

Santana do Riacho é um município de pequeno porte da Regional de Saúde de Belo Horizonte, com população cadastrada de cerca de 6.071 usuários. O município, devido ao porte populacional, apresenta apenas a oferta de serviços de Atenção Primária, coordenando as demais demandas para locais de referência na Rede de Atenção. Suas características de ser uma cidade marcada por diversas comunidades rurais com fluxo intenso de turismo e proximidade à rodovia que liga a região às demais cidades, acaba por influenciar a dinâmica das demandas que surgem, chamando atenção os intensos casos de urgências e emergências, que tornam desafiador aliar a atenção às demandas agudas com a programação da Saúde da Família. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é relatar a experiência e os desafios vivenciados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Santana do Riacho/MG, no atendimento às situações de urgência e emergência, no período entre março de 2022 e outubro de 2023. Trata-se de um relato de experiência, construído por meio das vivências experimentadas durante a atuação como Coordenadora de Atenção Primária à Saúde de Santana do Riacho. Foi identificado que, mediante as singularidades do município, a gestão da saúde necessitou adaptar estratégias como a composição de equipe plantonista, ajustes de equipamentos no serviços e apoio ao gerenciamento das demandas, que impactam o dia a dia dos profissionais. Assim, verifica-se no trabalho construído, um intenso paradigma: as Redes são essenciais para a construção de um sistema que prevê o acesso universal, a equidade e a integralidade, mas o modo como foram conformadas nacionalmente, faz com que essas não consigam abranger tamanhas especificidades locais, de pequenos municípios. Espera-se que esse trabalho possa formalizar realidades como a de Santana do Riacho, em que Redes Vivas são construídas e adaptadas para atender a população.

Palavras chave: Rede de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Pequenas Cidades, Urgências e Emergências

ABSTRACT

Santana do Riacho is a small municipality in the Belo Horizonte Health Region, with a registered population of approximately 6,071 users. Due to its population size, the municipality only offers Primary Care services, coordinating other demands to reference locations in the Care Network. Its characteristics of being a city marked by several rural communities with an intense flow of tourism and proximity to the highway that connects the region to other cities end up influencing the dynamics of the demands that arise, drawing attention to the intense cases of urgency and emergency, which make it challenging to combine care for acute demands with the Family Health program. In this sense, the objective of this study is to report the experience and challenges faced by Primary Health Care services in the municipality of Santana do Riacho/MG, in dealing with urgent and emergency situations, between March 2022 and October 2023. This is an experience report, constructed through the experiences experienced during my work as Primary Health Care Coordinator of Santana do Riacho. It was identified that, due to the singularities of the municipality, health management needed to adapt strategies such as the composition of the on-call team, adjustments to equipment in the services and support for managing demands, which impact the daily lives of professionals. Thus, an intense paradigm can be seen in the work constructed: Networks are essential for the construction of a system that provides for universal access, equity and comprehensiveness, but the way in which they were configured nationally means that they are unable to cover such local specificities of small municipalities. It is hoped that this work can formalize realities such as that of Santana do Riacho, where Living Networks are built and adapted to serve the population.

Keywords: Health Care Network, Primary Health Care, Small Cities, Urgencies and Emergencies

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS Unidade Básica de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

eSF Equipe de Saúde da Família

RAS Rede de Atenção à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

RISS Rede Integrada de Serviços de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

UE Urgência e Emergência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 Rede de Atenção à Saúde	13
3.2 Regionalização na Saúde	15
3.3 Atenção Primária e o atendimento de urgência e emergência - UE	16
4. METODOLOGIA	18
5. RELATO DE EXPERIÊNCIA	19
5.1 Conformação da equipe plantonista	19
5.2. Percepções e angústia dos profissionais das equipes de SF quanto à mudança do perfil de demandas.....	21
5.3. Desafios e iniciativas da gestão da APS para o atendimento às diversas demandas	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Santana do Riacho é um município de pequeno porte que encontra-se na Microrregião de Vespasiano, Macrorregião Central e Regional de Saúde de Belo Horizonte. De acordo com o último censo demográfico, o município possui uma população estimada de 5.313 habitantes. No entanto, quando se considera o sistema de cadastro de usuários municipal, a população é maior, com cerca de 6.071 usuários cadastrados pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Por se tratar de município de pequeno porte, com 100% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, em que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conseguem estar mais próximos à comunidade e conhecer a realidade de cada morador, acredita-se que a população cadastrada diz mais sobre a realidade da população do que a estimada pelo IBGE. Considerando o cadastro, o município conta com 49,1% da população masculina e 50,9%, do sexo feminino (SISAB, 2024; IBGE, 2024).

A cidade, embora pequena em relação ao número de habitantes, apresenta grande extensão territorial, sendo o maior município em território da Microrregião de Vespasiano, com 677.207 km² e uma densidade demográfica de 7,85 habitantes/km² (IBGE, 2024). Em Santana do Riacho, existem aproximadamente 49 comunidades rurais, algumas delas, dispersas territorialmente, com número pequeno de famílias que vivem em áreas com maior dificuldade de acesso/deslocamento aos serviços de saúde e também com maiores dificuldades de conectividade e internet. Para algumas comunidades rurais, o tempo gasto para chegar até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) é em média 1h30mins de deslocamento. A cidade conta com uma região mais urbanizada, onde também possui maior concentração das atividades comerciais e do turismo. Nesse sentido, Santana do Riacho congrega, principalmente, atividades de agricultura familiar e de serviços diversos, relacionados, sobretudo, ao turismo crescente no distrito da Serra do Cipó. Sobre o turismo, é importante destacar que tem crescido e se expandido nos últimos anos, trazendo desenvolvimento da cidade, aumento crescente da população, observado durante e após a pandemia. O turismo na região traz também alguns desafios para a organização dos serviços de saúde.

Sobre a rede de serviços de saúde, o município conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas equipes de Saúde da Família, uma equipe multi itinerante (composta por nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, educador físico e psicólogos) e duas equipes de Saúde Bucal. No que se refere às consultas com especialistas, o município oferta, nas UBS,

atendimento semanal de pediatria e mensal de ginecologia e psiquiatria. Além das unidades de APS, o município possui um ponto de apoio para atendimento na comunidade da Lapinha da Serra, local onde concentra-se um quantitativo grande de demandas e por isso a equipe desloca-se para atendimento semanal nesse ponto de apoio. As características dessas necessidades se dão pelo desenvolvimento do povoado que concentra um centro turístico com atratividades naturais e elevado índice de moradores. Além disso, para esta e as demais localidades, existe o serviço do “caroneiro”, um ônibus da prefeitura que busca semanalmente a população, levando até a sede da cidade para que possam usufruir dos serviços de saúde, realizar compras e resolver outras questões. Considerando esse cenário, a agenda da APS tende a se organizar em torno desse transporte, viabilizando, assim, o acesso das pessoas ao serviço de saúde. Ocasionalmente, a região conta também com o ônibus escolar, que vez por outra, fornece carona aos moradores que possuem demandas nas áreas urbanizadas. Àqueles usuários com problemas de saúde e que estejam impossibilitados de realizarem o deslocamento até a UBS, a equipe de saúde realiza a visita domiciliar ou viabiliza o transporte da saúde para buscar o usuário em sua residência. Como pode ser observado, são distintas as estratégias utilizadas para possibilitar o acesso da população ao serviço de saúde, sobretudo dos usuários que vivem nas áreas mais remotas. A importância desse acesso adaptado à realidade é vista por Cirino *et al* (2020), que exemplifica que é preciso dar oportunidade para a APS ser o centro da assistência.

Por se tratar de um município de pequeno porte, que só possui ações e serviços ofertados pela APS, as demandas de maior complexidade são referenciadas para o(s) município(s) de referência. As situações de urgência e emergência são direcionadas para Lagoa Santa, localizada a cerca de 1 hora e 20 minutos da UBS sede. As demais demandas são direcionadas para outros serviços de referência, conforme as condições clínicas dos pacientes e as pactuações. Com isso, a atenção à saúde da população, com base nas “linhas de cuidado”, tem como porta de entrada a Atenção Básica. Porém, a integralidade do cuidado dependerá do acesso aos demais níveis, o que ocorrerá, idealmente, por meio de estabelecimento de mecanismos formais de pactuação regional e/ou estadual (Vennancio *et al*, 2011).

Trazendo a contextualização para minha trajetória profissional, no período de março de 2022 até outubro de 2023, estive à frente da Coordenação de Atenção Primária do município, atuando com a gestão de pessoas, serviços, suprimentos, processos e também como referência técnica de diversas áreas, tais como: saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do trabalhador, vigilância de agravos de notificação, vigilância de óbitos, causas externas e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. É importante destacar que a

definição de apenas um profissional para responder tecnicamente por diversas áreas na saúde é observada, de forma recorrente, em municípios de pequeno porte, os quais enfrentam desafios relacionados à disponibilidade de recursos humanos (Pinafo *et al.*, 2016).

No período em questão, quando realizamos, junto à equipe, análise das demandas que chegavam às UBS, era perceptível que funcionávamos de maneira diferente da realidade convencional, ou seja, daquilo que se espera de organização e funcionamento de uma unidade de APS. Diferentemente de muitas outras realidades, as duas UBS do município atendiam 24 horas, pois em situações de urgência e emergência, era o único local possível para realizar o primeiro acolhimento/atendimento. Ademais, por estarmos em uma região com alta concentração de turistas e nos entornos da MG-10, via para acesso a outros municípios, ao longo do período de atuação, recebíamos diversas demandas de atendimento de urgências/emergências provenientes de acidentes de trânsito. Com isso, além das eSF, o município dispõe de uma equipe de plantão, fora do horário comercial, composta por técnicos de enfermagem, enfermeiro supervisor, médico e motorista. Quando os acidentes ocorriam no período de funcionamento da eSF, os profissionais eram desafiados a pausar a rotina programada para realizar a 1ª abordagem da urgência e emergência.

Além dos acidentes de trânsito, é importante mencionar o atendimento de casos que são mais comuns na região, por suas características já mencionadas, entre os quais estão: acidentes por animais peçonhentos (ex: cobra, escorpião) e acidentes em atividades turísticas, como quedas nas cachoeiras e nas escaladas, os quais se desdobravam, muitas vezes, em demandas de atendimento emergenciais. Com isso, algumas vezes, a equipe se sobrecarregava nos fins de semana para desenvolver ações que tinham sido programadas para serem desenvolvidas ao longo da semana.

Assim, ao longo de minha atuação no município fui percebendo o quanto as especificidades deste município, como por exemplo, ser de pequeno porte, cortado por uma rodovia estadual que o liga a Belo Horizonte e outras cidades de Minas, constituir uma população rural local que vive territorialmente dispersa e, ainda, uma população flutuante significativa decorrente do turismo ecológico, traz desafios próprios para a organização de serviços de saúde e para o trabalho dos profissionais de saúde que ali atuam. Tal realidade me fez refletir sobre a importância de registrar o contexto e os desafios vivenciados, nesse período, com os atendimentos de urgência e emergência, os quais vêm modificando significativamente a rotina da UBS, sobretudo, as ações de visita domiciliar, realização de curativos e a execução

de demandas programadas.

Na época em que estava no município, percebi então, junto à gestão, que a própria literatura apresentava como lacuna a descrição de casos como o de Santana do Riacho, em que a APS era a protagonista de todo processo na saúde, assim justificando a potencialidade e relevância de contribuir com discussões sobre o tema.

2. OBJETIVO

Relatar a experiência e os desafios vivenciados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Santana do Riacho/MG, no atendimento às situações de urgência e emergência, no período entre março de 2022 e outubro de 2023.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Rede de Atenção à Saúde

No Brasil, a implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é considerada recente, ainda que a proposta de um cuidado desenhado em rede vem sendo trabalhada desde a reforma sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na constituição Federal de 1988, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde, estabelecendo a composição de uma rede regional. Já na lei orgânica nº 8080/1990, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços (Brasil, 1988;1990).

A partir de 2010, o modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência a RAS, fundamentada nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Essa composição foi concebida como uma resposta à problemática de garantir acesso com equidade e integral a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência, permitindo aos usuários percorrer todos os serviços e equipamentos essenciais ao seu cuidado. Assim, pode-se concluir que se os sistemas de saúde, na visão de Mendes (2008), compõe uma estrutura deliberada para oferecer respostas às necessidades de saúde, a RAS surge como um modelo para integrar e fortalecer os serviços para que atendam às demandas dos territórios (Tofani *et al*, 2021).

Um fator relevante quando pensamos na construção de rede é a potência de aperfeiçoar a produção do cuidado. As redes conformadas valorizam o encontro profissional– usuário como produtor de tramas e conexões, pois provocam a construção das redes em maior ou menor potência. Esses momentos impactam diretamente no desfecho dos casos clínicos, trazendo a noção ao indivíduo de que cada ponto da rede foi desenhado para dada necessidade de sua trajetória para o bem estar e saúde (Tofani *et al*, 2021; Starfield, 2002).

A proposta de RAS vem sendo utilizada em países em processo de transição demográfica e epidemiológica onde predominam condições e agravos crônicos. Conforme salientado por Mendes, o modelo de organização do SUS por meio da RAS apresenta-se como uma alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde, e indica a centralidade da Atenção Primária nas redes (Mendes, 2010; 2014). De acordo com Bárbara Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

No modelo das RAS, a Atenção Primária deve assumir um papel central enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora do SUS, o que é ao mesmo tempo uma premissa e um desafio, já que o cuidado coordenado é fundamental para garantir acesso, oferta e cobertura. Coordenar o cuidado é articular as ações de forma sincronizada e voltadas ao alcance de um objetivo. É a garantia da continuidade da assistência integrada nas dimensões verticalizadas, entre a APS e os demais níveis, e horizontalmente, na própria equipe de APS, serviços de saúde e equipamentos sociais que tendem a interagir para a integralidade e equidade (Ribeiro *et al* 2020; Giovanella *et al*, 2021).

No entanto, tornar a APS efetiva em seu papel é desafiador, considerando as variabilidades dos territórios brasileiros. Giovanella *et al* (2021), defendem que a concepção de APS integral tem orientado processos emancipatórios na luta pelo direito à saúde dos povos e pode ser entendida como uma filosofia. É essa a premissa real do SUS, na qual a estratégia de Saúde da Família tem enfoque comunitário e territorial, incorporando-se como núcleo estruturante da RAS.

Para Silva (2011), o papel-chave da APS para o adequado funcionamento das RAS tem sido relacionado com os seguintes fatores: a disponibilidade de profissionais; o desenvolvimento de ações intersetoriais; o gerenciamento do cuidado com regulação e acesso; um escopo assistencial amplo e o desenvolvimento de ações de integração matricial junto a especialistas.

Santos (2018) ressalta que a APS tem uma função primordial no rompimento do processo de fragmentação do cuidado; no entanto, a não uniformidade brasileira e a realidade de financiamento inadequada/insuficiente na saúde, esse ponto de atenção acaba por ser uma retaguarda em que os profissionais se moldam e se desdobram para além do previsto, na tentativa de reverter vazios. .

Ainda que se reconheçam os ganhos consideráveis no âmbito da saúde com a implementação da APS e da estratégia Saúde da Família no país, é imprescindível sua valorização financeira e estrutural, que a possibilite ultrapassar a barreira do acesso, para que a mesma seja capaz de tornar-se uma sólida base para o SUS, com condições de assumir, efetivamente, a coordenação do cuidado na rede (Silva; Andrade, 2014).

3.2 Regionalização na Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) estabeleceu a descentralização dos serviços que se dá no aspecto da regionalização. De acordo com o que está disposto na Constituição Federal do Brasil, a assistência deve ser disponibilizada à população de modo regionalizado e hierarquizado, permitindo o atendimento integral das pessoas no território, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Essa composição surgiu devido a variabilidade das ações de saúde que devem ser ofertadas e a não uniformidade dos serviços, já que a RAS preconiza a oferta pelo porte populacional (Brasil, 1988; Carvalho, Jesus, Senra, 2017). Dessa forma, em municípios menores concentra-se a oferta de cuidado primário, pois neles não há condições de oferecer todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral. Por outro lado, a concentração de certos serviços de maior complexidade e densidade tecnológica em municípios maiores, gera ganhos em termos de economia e qualidade. A regionalização, acima de tudo, busca esse ajuste para corrigir a fragmentação do cuidado como uma das fragilidades da rede (Ministério da Saúde, 2021; 2024).

Para Mendes (2008; 2009), a governança das redes de atenção à saúde, no SUS, deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, coerentes com o federalismo cooperativo que se pratica no Brasil. A municipalização da saúde no Brasil foi feita sob o pressuposto da democratização; associava-se a ideia da descentralização à expectativa de maior controle da sociedade sobre a política e os serviços de saúde (Peres, 2006). As características dos municípios brasileiros e a forma como o poder é exercido nos mesmos, além das relações que mantêm com os estados e a União, fazem com que os resultados da municipalização tenham ficado distantes dos propósitos originais pretendidos com a descentralização do SUS, e dificultam a gestão da rede de ações e serviços de saúde.

A regionalização e a governança trazem a relação interfederativa como aposta e limitação, devendo ser observados seus aspectos técnicos, políticos e a forma como são produzidas, inclusive pelas particularidades da estrutura federativa no contexto brasileiro. Por outro lado, identifica-se uma outra produção conceitual e de práticas, as Redes Vivas, em que a dimensão micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde se apresentam como uma possibilidade para as redes. Viana *et al* (2008) complementam que se a regionalização como aspecto normativo inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Há o paradigma de que a visão estritamente normativa é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo,

confirmando que muitas vezes os arranjos nas legislações, acabam por ser desenhados ou redesenhados na prática do serviço.

3.3 Atenção Primária e o atendimento de urgência e emergência - UE

Segundo informações do Ministério da Saúde (2024), a Urgência e a Emergência (UE) são conceitos importantes na medicina que definem o tipo de atendimento médico e o tratamento que um paciente vai receber. A principal diferença está na ideia de que a emergência representa uma ameaça imediata à vida do paciente e, a urgência, uma ameaça em um futuro próximo. Ambos os casos dizem respeito a situações que não podem aguardar longos períodos para manejo nos serviços de saúde. No âmbito do SUS, a rede de atenção às urgências e emergências é constituída por diferentes pontos de atenção, entre os quais estão a UPA 24 horas, as unidades hospitalares, o SAMU 192, a atenção domiciliar, a Atenção Primária, entre outros.

A grande maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte: mais de 2/3 deles têm menos de 20 mil habitantes; quase 90% têm menos de 50 mil habitantes e, em ambos os casos, as populações dos mesmos são insuficientes para justificar a existência, por exemplo, de um hospital para atender casos de emergência e realizar cirurgias, ou mesmo um ambulatório de especialidades, só podendo oferecer serviços de Atenção Primária (Santos; Rodrigues, 2014). Por não disporem destes serviços, os pequenos municípios necessitam referenciar os usuários para centros maiores, onde há oferta de ações e serviços de média e alta complexidade, no âmbito do SUS. No estado de Minas Gerais, por exemplo, em 2010, havia 676 municípios com menos de 20 mil habitantes, representando 79,2% do total de municípios (Nogueira, 2017).

A população dos pequenos municípios, como no caso estudado por Brasil, Costam e Lohmann (2020), mostra-se de realidade carente sob o ponto de vista socioeconômico, dificultando a garantia da continuidade do cuidado à saúde. Como a maior parte da assistência a nível secundário e terciário, que demandam tecnologias e qualificação profissional específica, ocorrem em outras cidades de referências, questões como o apoio logístico, o transporte, a alimentação e a hospedagem para os usuários e os acompanhantes tornam-se pautas importantes para o provimento do cuidado em saúde, e, por sua vez, também são passíveis de exploração política, estando mais vulneráveis aos interesses oligárquicos e privados (Azevedo; Aquino, 2016).

Para o SUS, o atendimento às urgências e emergências constitui um expressivo desafio a ser enfrentado mediante uma proposta de efetivação da atenção integral à saúde

(Velloso; Alves; Sena, 2008; Brasil, 2024). No contexto da APS, alguns estudos tem evidenciado realidades com altas demandas de atendimento a pacientes em situações agudas e situações crônicas agudizadas (Brasil; Costam; Lohmann, 2020). Além disso, em muitas realidades, a sobrecarga de trabalho acontece pelo fato de que a UBS é o único serviço de saúde existente no município, ficando sob a responsabilidade dos profissionais o cuidado coordenado na APS e o desafio de conseguir responder às demandas diversas, sob pressão local. Por isso, o ato de produzir saúde em municípios remotos, somente com a oferta de APS, passa a desenhar ações programadas para lançar estratégias de manter rotinas de prevenção e promoção, intercalando com o fluxo inconstante e inesperado de urgências e emergências (Junior *et al*, 2013; Mendes *et al*, 2013).

Embora a atenção a situações de urgência e emergência (UE) não seja tradicionalmente reconhecida como atribuição dos profissionais da APS, a expansão do acesso à saúde e a efetivação de seu papel na coordenação do cuidado colocam as unidades básicas de saúde como pontos de atenção estratégicos.

É tarefa da APS o acolhimento das situações agudas, levando em consideração se a complexidade do quadro é compatível com seu nível de assistência (Ricciulli; Castanheira, 2022). No entanto, para os municípios menores, ainda que a complexidade do caso não seja compatível com a APS, enquanto porta de entrada única, é o serviço primário que irá realizar as primeiras providências e o encaminhamento do usuário junto à rede.

No Caderno de Atenção Básica 28 que dispõe sobre o acolhimento de demandas espontâneas, o Ministério da Saúde confirma o papel articulador da APS na RAS. O atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção dando continuidade do atendimento (Brasil, 2013). Confirmando a configuração das cidades menores e da APS para acolher as UE, Fausto *et al* (2022), ao descreverem a realidade do território amazônico rural, relatam que é comum a estrutura do serviço de APS tornar-se ponto de apoio e disponibilizar equipe 24 horas, sob aviso, para atendimento às urgências e emergências. Essa relação descrita pelo autor, relembra o contexto da cidade estudada.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, construído por meio das vivências experimentadas durante a atuação da aluna como Coordenadora de Atenção Primária à Saúde de Santana do Riacho. O relato tem como foco a descrição de aspectos relacionados à organização e aos desafios dos serviços da APS do município para atender às demandas cotidianas de urgência e emergência.

De acordo com Carvalho, Merhy e Souza (2019), o experimental, o encontro e a forma com que os trabalhadores inventam os seus modos de produção, do agir, gerar e construir saúde, são meios fundamentais para desenvolver o conhecimento no Sistema de Saúde, partindo do ponto de que a experiência deve ser traduzida em saber, mostrando a potência desse tipo de estudo.

Cabe citar que esse relato apresenta aspectos do serviço de saúde, no período compreendido entre março de 2022 e outubro de 2023, evidenciando a visão do cotidiano da saúde e da realidade observada junto à equipe. Logo no momento inicial em que assumi a coordenação, busquei um diálogo junto aos profissionais da equipe de saúde, com o intuito de conhecer os principais desafios relacionados ao cuidado ofertado à população local. Já nesse momento, os profissionais destacaram o aumento do volume dos atendimentos de demandas espontâneas que estavam presentes na realidade dos serviços de saúde da família e, ainda, na assistência que vinha sendo desenvolvida em horário posterior ao funcionamento das UBS. A partir desta colocação dos profissionais, a qual foi continuamente reiterada em outros momentos de reuniões mensais, iniciou-se uma maior observação da realidade, na qual identifiquei que, no município, o volume das demandas agudas e de UE estava trazendo a necessidade de (re)adaptar, (re)adequar as atividades programáticas da APS. Paralelamente, iniciei buscas na literatura científica que pudessem me ajudara encontrar caminhos para que pudéssemos manter as atividades programáticas da APS e ao mesmo tempo, conseguir atender as demandas espontâneas e as situações de urgência/emergência que chegavam até nós.

Por fim, dada a relevância dessa questão instigadora, que era o principal impasse observado na APS, esse trabalho foi construído com a intenção de apresentar informações sobre os contextos e os desafios de se fazer APS em um município com as características de Santana do Riacho.

5. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência vivida como coordenadora da APS em um município de pequeno porte está organizado em três partes, as quais, de algum modo, possuem relação com a organização da APS no município para o atendimento às urgências e emergências e os desafios encontrados. São eles: 5.1) a conformação de equipe plantonista; 5.2) Percepções e angústia dos profissionais das equipes de SF quanto à mudança do perfil de demandas (tensões entre as demandas programadas e o atendimento à demanda espontânea, sobretudo as de urgência/emergência), e 5.3) alguns desafios e iniciativas da gestão da APS para o atendimento às diversas demandas.

5.1. Conformação de equipe plantonista

O serviço de plantão do município concentrava os atendimentos para serem realizados na estrutura das UBS, havendo assistência nas duas unidades básicas de saúde do município. Atualmente, a equipe plantonista é composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. No geral, a equipe de enfermagem atua com carga horária de 12 x 36 e os médicos que cobrem o plantão se dividem em escala para a cobertura completa dos horários fora do período comercial. A equipe de enfermagem era dividida com os profissionais que estavam escalados para atender em cada UBS, fazendo o 1º acolhimento dos casos. Assim, o acionamento era via telefone do plantão e após esses contatos, os profissionais se deslocavam para as unidades; havia um telefone de contato por equipe, que ficava sob responsabilidade da enfermagem. Os trabalhadores orientavam os usuários, após receberem o contato.

O médico plantonista realizava os seus atendimentos na UBS Teobaldo Inácio, localizada na Serra do Cipó, pois é onde concentravam-se as maiores demandas de plantão, representando cerca de 80% dos casos atendidos pelo plantão. Além disso, era um ponto mais estratégico para a remoção de pacientes, pois o distrito da Serra era mais próximo de Lagoa Santa, principal cidade com serviço de referência, do que a Sede. Cabe citar, que esse fluxo foi conformado e representava a dinâmica executada no serviço. Os casos nos quais a UBS Neide Maria Marques, na Sede, era acionada, eram acolhidos pela enfermagem, que entendia a situação e repassava para a equipe da Serra, onde havia o médico que orientava a conduta, ou ainda, se fosse preciso, o paciente era levado até esse profissional médico para melhor avaliação, sendo as unidades com distância aproximada de 28 km uma da outra. Os pacientes referenciados eram transportados por ambulância ou veículos da secretaria municipal de saúde,

com o acompanhamento do motorista plantonista, e se necessário, da equipe de enfermagem. Nesse contexto, ainda é preciso relatar que devido à grande extensão territorial do município, com sua área rural abrangente, havia situações em que algum morador da “roça” acionava o plantão por meio de telefone. Para essas situações, a equipe se deslocava até a área rural para realizar o acolhimento/atendimento da demanda do usuário. Era uma realidade adaptar o atendimento para maior suporte e cobertura da população.

Complemento ainda, que esse fluxo para assistência médica era exclusivo da organização do serviço de atendimentos pelos plantonistas. Um fato curioso, é que por haver equipe atuando em escala 12 x 36, muitas pessoas que compunham a equipe plantonista, eram também quem estava escalado em alguns momentos na rotina da SF.

No período em que estive no município, ouvi relatos de moradores e profissionais, de que, anteriormente, o plantão era realizado somente por equipe de enfermagem que acolhia o usuário e o referenciava para outros serviços da rede. Com o tempo e as demandas crescentes, a gestão municipal ampliou a equipe plantonista, a qual passou a contar também com o médico.

Para além dos profissionais definidos na escala de plantão, há aqueles que ficam sob aviso, para os casos de demanda de acompanhamento de usuários mais graves até o hospital de referência. Em um sábado comum, conforme pude observar, a equipe de plantão já chegou a acolher cerca de 30 pacientes durante o período diurno, resultando em diversas viagens até o município de Lagoa Santa para os casos de maior gravidade e urgência. Os casos que necessitavam o deslocamento dos usuários para atendimento em Lagoa Santa contavam com o acompanhamento do profissional de enfermagem e algumas vezes também do médico plantonista. Cabe citar que mesmo os acidentes que ocorriam a altura de municípios vizinhos, devido à proximidade e à existência da equipe, éramos contactados para acolher as vítimas. No período noturno, durante a semana, observei uma média de três a quatro atendimentos por noite. Os registros de atendimentos eram realizados em fichas manuais e arquivados em prontuários. Devido às crescentes demandas, vimos a necessidade de contabilizar os atendimentos ocorridos para reforçar medidas de apoio às singularidades locais do serviço. Assim, foi instituído um formulário próprio por meio do qual a equipe registrava o quantitativo dos procedimentos, atendimentos e remoções realizadas. Atualmente, o município está em implantação de sistema para registro formal desses casos.

Mas além do plantão, é preciso reforçar que chamava a atenção, os casos que estavam

na rotina da ESF. Às vezes algumas demandas eram acolhidas durante o funcionamento da rotina de saúde da família e repassadas ao plantão. Já outras vezes, os casos agudos tomavam a rotina da eSF, fazendo com que a programação do cuidado coordenado tivesse que contar com apoio dos plantonistas para ocorrer.

5.2. Percepções e angústia dos profissionais das equipes de SF quanto à mudança do perfil de demandas (tensões entre as demandas programadas e o atendimento à demanda)

É possível trazer essa discussão sobre os modos de fazer e de produzir saúde do pequeno município estudado, por meio da dinâmica e das singularidades experimentadas pelos protagonistas no serviço. Souza e Ferreira (2010), demonstram em seu estudo que a percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em saúde influencia as formas de organizá-lo; e, conseqüentemente, o próprio cuidado que chega aos pacientes.

Ao longo dos anos, alguns dos profissionais que trabalhavam nas UBS e desenvolviam as ações programáticas previstas no âmbito da estratégia Saúde da Família, passaram a ter que se adaptar às novas demandas e exigências que surgiam. Aquilo que era possível realizar com programação, passou a ter que ser ajustado. Muitos eram os comentários dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Agentes de Combate às Endemias, da equipe de enfermagem e equipe médica, sobre o novo “perfil” para atendimento.

Era a teoria sobre a organização de serviços de saúde com base na análise de oferta/demanda sendo vivência no território local. Conforme destaca Pinheiro (2001), para além da análise mercadológica sobre oferta e demanda nos serviços de saúde, é importante considerar o dinamismo entre a oferta de integralidade e cuidado, às necessidades construídas in loco, a ação social e o fator político. Há ainda, a influência geográfica, a cultura médica local dos profissionais que realizam os atendimentos e o estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde (Travassos *et al*, 1999), construindo assim uma variabilidade nas maneiras de produzir saúde, adequadas à cada realidade. No caso de Santana do Riacho, a organização dos serviços de saúde foi sendo moldada, conforme o perfil de demandas; a APS foi se tornando um espaço de encontro e concentração de todas as questões de saúde.

Merhy *et al* (2016) relatam que há no território as Redes Vivas. As normativas desenham maneiras mecânicas de fluxos para a produção da saúde sólida, com governabilidade e racionalidade. Mas, no território, a variabilidade, o contexto e as circunstâncias moldam as maneiras de assistir os usuários. Há ainda a ideia de que para além dos processos racionais, são

as Redes Vivas que estimulam o convite ao encontro com a diversidade de ofertas vivenciadas pelos usuários (Merhy, 2013). Isso confirma o caso relatado em que a construção do fazer saúde foi e vem sendo adaptada in loco, mediante as particularidades e as possibilidades disponíveis.

Percebi que a equipe visualizava a situação em dois ângulos. O primeiro deles: de que a estrutura e a organização das ações e serviços de saúde estavam melhorando, com a ampliação da oferta de atendimentos, e o segundo, de que os desafios estavam se intensificando diante de um novo perfil de demanda.

A equipe multiprofissional, composta por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e educador físico, também mencionavam dificuldades para dar seguimento/continuidade ao cuidado traçado. Me recorde de falas de alguns colegas da equipe que diziam: “Como vamos fazer para que nosso cronograma dê conta de todas as demandas?” “Estamos vivenciando tantos quadros agudos e urgentes, que não conseguimos fazer 100% o papel de saúde da família”. E essa era uma situação frequente e visível. Havia muitas demandas assistenciais, de locais variados, as quais deveriam ser atendidas.

Ainda sobre a necessidade de reorganizar o serviço para o atendimento às distintas necessidades e realidades da população, é importante mencionar, ao longo dos anos, o surgimento de moradias em áreas rurais (anteriormente não ocupadas). Com isso, houve aumento de pessoas distribuídas de forma dispersa no território, fator que reforçou a necessidade de investir em estratégias e mecanismos para reduzir barreiras de acesso às ações e serviços de saúde. Entre as medidas adotadas em âmbito municipal para ampliar o acesso, estavam: o investimento em transportes da saúde que pudessem ser utilizados pelos Agentes de Saúde e outros profissionais nas visitas domiciliares; a disponibilização de veículos para suporte aos quadros agudos, além das ambulâncias, que permitiam buscar pacientes na zona rural, quando necessário.

Se, para o time da saúde, os impasses eram muitos, no meu olhar gerencial, coordenar um serviço de cuidado primário em meio às especificidades locais foi extremamente desafiador. Era preciso equilibrar as ações condizentes com a eSF, a necessidade de pacientes que careciam de apoio matricial, de componentes para além do cuidado, mas que envolviam a determinação social do processo saúde e doença. A rotina era ao mesmo tempo: ajudar a recepção a coordenar a agenda programada com os muitos e frequentes encaixes de demandas, a população, grande parte, SUS dependente, demandando o serviço e, ainda, oferecer suporte na organização das

visitas domiciliares, seja do 5º dia, no pós-operatório, ou ainda o curativo e cuidado dos pacientes acamados.

Fazendo memória, consigo recordar que mensalmente, o cronograma estabelecido para as ações de APS, às vezes era adaptado semanalmente. A equipe me acionava, buscando um “norte” e apoio para (re)organizar o fluxo do serviço, pois era um volume de atendimentos agudos exacerbado. Até mesmo nossas reuniões de equipe cediam espaço para acolher situações agudas e assistir ao 1º acolhimento de vítimas de sinistros de trânsito nos entornos da MG-010.

Soma-se a isso, a necessidade do cumprimento de metas previamente definidas e pactuadas, as quais estavam atreladas ao recebimento de recursos financeiros. Com isso, gerenciar essa realidade foi uma das principais transformações profissionais que experimentei, pois a equipe busca no papel do gestor, uma direção, um norte para atuação. Devido à variabilidade de resoluções e metas estabelecidas, grandes eram os movimentos para o desenvolvimento de ações de melhoria da Vigilância em Saúde, para o funcionamento de comitês, o desenvolvimento de campanhas para a redução de violências, entre vários outros assuntos de interesse da Saúde Pública. Me lembro também que a cada ação de saúde direcionada à população, a equipe mostrava-se aliviada e satisfeita, por reconhecerem ser esse o papel da Saúde da Família, estando mais próximos da comunidade. No entanto, permanecia sempre a angústia de serem interrompidos ou precisarem substituir as ações programadas junto à comunidade para o atendimento às demandas de urgência/emergência.

É relevante citar, que em muitos momentos, a equipe se desdobrava e acaba realizando, aos fins de semana ou fora do horário de trabalho, algumas ações programadas na semana de trabalho. Então, além da APS estar estruturada para atender no horário estipulado, existia um mix de situações em que os plantonistas que eram para estar disponíveis para urgências e emergências, apoiavam a rotina de cuidados coordenados. Havia muitos usuários que necessitavam de curativo, da troca de coberturas especiais, do apoio com a utilização de sondas, e, por vezes, a demanda espontânea estava tão presente na rotina da ESF, que quando chegava o sábado, era o momento de rever os casos em que a correria de uma sexta não permitia assistir. Era visível no “olhar” da equipe, em especial da enfermagem, a ansiedade por cumprir toda a assistência com o máximo de qualidade, mas o tempo corrido e a organização da Rede local era diferente, e demandava adaptações. Por vezes, vivíamos em situações embaraçosas em que um usuário aguardava a visita programada e com a correria dos casos agudos, os ACS tentavam

contato para reagendar.

Na literatura é possível identificar experiências que citam a sobrecarga dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem que protagoniza, muitas vezes, o papel de coordenadora do cuidado na APS. O enfermeiro é responsável por diferentes funções na unidade de saúde, de modo que, para realizá-las, são necessárias boas condições e locais ideais para uma assistência ampla e de qualidade (Macedo *et al*, 2022).

Eu, na minha experiência recente, na época, transitando entre o fim da graduação e a entrada na coordenação da APS, buscava me apoiar em normativas, na literatura científica, nas trocas com realidades semelhantes e na minha parceria de trabalho com o secretário de saúde para pensar alternativas que poderiam trazer mais conforto e deixar o cenário mais leve aos trabalhadores. Ribeiro, Santos e Meira (2006), confirmam a relação de influência do papel gerencial em resultados, enfatizando que liderar é incentivar, motivar e auxiliar para que os indicadores organizacionais possam ser alcançados.

Retomando sobre os espaços de trocas e diálogo entre os profissionais, durante as reuniões mensais nas Unidades de APS, frequentes eram os momentos em que discutíamos e compartilhávamos as angústias de acolher essa realidade, e ao mesmo tempo, a criatividade de reinventar os modos para atendimento coletivo e individual, que correspondessem às necessidades dos usuários. Nesses espaços, as diferenças e peculiaridade entre as duas UBS chamava a atenção. Enquanto a equipe da UBS Neide Maria Marques relatava as intensas demandas ao longo do horário de funcionamento, em que toda a agenda era re-adaptada, as visitas pausada, as questões sociais frequentes, e havia o intenso volume de moradores da área rural que acionavam o serviço em busca de transporte para resolver suas questões espontâneas; a equipe da UBS Teobaldo Inácio não tinha tantas demanda de usuários da área rural, no entanto, atendia às demandas relacionadas ao fluxo do turismo local, aos acidentes na rodovia e aos usuários de municípios limítrofes, chegando para serem acolhidos, trazendo um intenso fluxo de remoção de pacientes. A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade ocorre sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica assim exigirem, seja em seus municípios de residência ou não (Brasil, 2024).

De acordo com Brasil, Costam e Lohmann (2020), que descrevem a realidade de um pequeno município, que assim como Santana do Riacho, adapta a unidade de APS para acolher

as demandas, é notório que há dificuldades desse modelo de serviço suprir tamanho volume de pacientes. No relato dos autores, há uma cidade permeada por rodovias e regiões rurais, trazendo as barreiras geográficas e a questão da mobilidade e trânsito, como particularidade de aumento de urgências. Esse relato, relembra a realidade descrita nesse estudo. A heterogeneidade verificada no país remete à necessidade de mensurações adequadas das diferentes realidades, capazes de verificar as necessidades regionais e organizar a oferta de serviços primários para lidar diretamente com elas, garantindo remanejamento nos demais níveis de atenção à saúde (Portela, 2017).

Analisando o contexto, reflito ainda sobre os desafios de conformação das Redes de Atenção no contexto brasileiro, um país com grande extensão territorial, variações geográficas, socioeconômicas e culturais. Com isso, organizar uma rede que seja essencialmente integrada, que trabalhe com a equidade e que tenha a APS como coordenadora do cuidado é uma realidade ainda distante (Brasil, 2010; Tofani et al, 2021).

Aliado a isso, os escritos de Arruda *et al* (2015), mostram que esses fatores somam-se ao desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo, efetividade e o elevado peso da oferta privada, com seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde. Desse modo, além das particularidades culturais e socioeconômicas, fatores como distribuição, barreiras geográficas e escolaridade, acabam por impactar a dinâmica e o desenho da RAS. Por variadas situações, os próprios locais acabam por se adaptar e dinamizar, gerando rede adaptada à realidade do seu cotidiano. Para Medeiros e Gerhardt (2015), no cenário atual de amadurecimento do SUS, é preciso avaliar o funcionamento da Rede de Atenção nos pequenos municípios, pois apresentam maior dependência externa, sendo possível mensurar as estratégias desenvolvidas por estes para assegurar a integralidade do cuidado.

5.3. Desafios e iniciativas da gestão da APS para o atendimento às diversas demandas

Ademais, outro ponto que considere relevante mencionar é sobre os desafios financeiros de adaptar a realidade da ESF para o acolhimento dos constantes casos existentes na cidade. Para além dos impasses de organização do serviço e das práticas profissionais, o aspecto de custeio é relevante, já que as UE, em geral, são acolhidas, em serviço de maior complexidade, se comparado à APS, demandando de equipamentos específicos aos atendimentos.

Um fator de relevância é que os atendimentos de plantão ocorriam na estrutura física

da APS, no interior das UBS. Por tratar de serviço básico com estrutura para atendimentos primários, houve um esforço da gestão na aquisição de instrumentos que poderiam auxiliar no atendimento de urgências e emergências, como: materiais, equipamentos e medicamentos. Atualmente, ocorre, que é determinado pelo Fundo de Saúde ou por normativas, os equipamentos que devem ser adquiridos, conforme caráter e complexidade do tipo de serviço de saúde, por tratar de município com a oferta de APS, as particularidades das demandas locais, muitas vezes, não conseguiam ser atendidas com os equipamentos já existentes (Conass, 2024). Isso trouxe a necessidade de adaptação, que se deu por meio do gasto de recursos próprios locais na aquisição de maior estrutura para suporte aos pacientes.

Em toda visão da gestão, é importante mencionar que o custeio das atividades de plantão com a equipe de enfermagem e médica era realizado com recursos próprios municipais, levando a um quantitativo elevado de gastos para suprir essa lacuna assistencial e acolher a comunidade, nas necessidades. Mais uma vez, reforço ainda que a realidade do município criava um mix de questões, que a equipe de plantão, acabara por dar suporte às programações que eram transferidas aos fins de semana, pela impossibilidade de serem executadas no período comercial. Em primeira vista, esse entrelace para a ocasião dos atendimentos pode ser visto como uma desorganização do serviço, mas para quem acompanhava a realidade das muitas demandas, da intensa procura de usuários e das pausas na rotina, foi uma das alternativas que em alguns momentos permitiram o cuidado coordenado. Era de fato uma realidade, que nem mesmo na literatura haviam tantos relatos detalhados, eram as particularidades específicas de Santana do Riacho.

O município ainda contava com o apoio de parlamentares, recursos de resoluções ou ainda de recursos próprios para aquisição de ambulâncias e meios para transporte e remoção de pacientes. Mesmo com o apoio, é possível considerar o esforço no gasto público municipal para aperfeiçoar o atendimento. Sendo assim, exposta às particularidades locais para que APS assistisse às UE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde é isso: mudar, desafiar, reinventar. Quanto à Santana do Riacho e seu território repleto de singularidades, esse relato corresponde à formalização de muitos desafios que enfrentamos, no sentido de potencializar um olhar crítico sobre a conformação da RAS em pequenos municípios e o protagonismo da APS. Construir no nível primário um espaço

para suprir as lacunas de uma Rede que apesar do desenho ideal, não apresenta uniformidade, é um desafio constante.

A APS corresponde ao que muito é discutido: há baixa densidade de tecnologias, mas uma intensidade e um enredo de processos complexos. Diferentemente de outros pontos da RAS, é a APS que articula a trajetória no sistema e a maioria das vezes, a 1ª tomada de decisão clínica junto ao paciente. No caso observado, é nítido que a mistura e o papel que a APS assume, acaba por garantir uma nova estrutura e adaptação. As demandas espontâneas e as pausas cotidianas para acolher urgências e emergências, conformaram a realidade local, fazendo com que o município desenvolvesse o seu próprio modo de garantir acesso, buscando a integralidade no cuidado de cada pessoa. No SUS, não é preciso se distanciar para observar a realidade em um país com intensa diversidade, dos meios de produzir e ofertar saúde.

Quanto à equipe, costumo dizer que juntos desenvolvemos e todos seguem reinventando novos modos de fazer saúde. Esses desafios muitas vezes pesam na rotina, e criam um ambiente de sobrecarga, ansiedades e frustrações. Mas o vínculo e os afetos construídos através da APS sempre constituíram o maior incentivo para as mudanças cotidianas. A gestão de serviços, como relatada, é ainda mais desafiadora quando pensada na lógica de apoiar a equipe para lidar com o inconstante e com as variabilidades. Ainda que na APS, espera-se que a maior parte sejam ações agendadas e programadas, nossa realidade nunca correspondeu a isso; criamos modos de sobreviver ao entrelace de desenvolver nosso modo de fazer saúde, não deixando de lado os casos essenciais. Na correria, havia o que passasse despercebido, mas grande era o esforço de foco nas situações mais críticas.

Os aspectos de custo e estruturam ainda somatizam, na responsabilidade gerencial, de buscar adquirir o essencial ao cuidado. Nesse aspecto, pontuo que a gestão do município foi fundamental ao pensar essa realidade para melhor assistência. Sem dúvidas, os esforços para a disponibilização de plantonistas e de equipamentos foram essenciais para atender às necessidades que eram apresentadas. Essa é uma situação que deve ser levada em consideração na constituição da regionalização, é preciso que seja dado suporte para que cidades menores tenham recursos financeiros para lidar com as particularidades da Rede Viva construída, pois é grande o impacto nos gastos anuais com saúde, com recursos próprios, que poderiam ser instrumentalizados com outras ações.

Ressalto ainda que o cuidado coordenado exige o papel de insistir, conhecer, acolher

e dar continuidade, e em pequenas cidades em que a APS protagoniza uma interlocução com toda a Rede e acaba por se distanciar de seu papel fim, assumindo para além da coordenação do cuidado e referenciamento, a atenção de urgências, emergências e demais situações de outras complexidades, há um tempo reduzido para as ações de cuidado continuado. Os ACS e ACE nesse aspecto, representam a maior força para dar continuidade nas ações de saúde da família, já que representam o elo serviço e comunidade, e conseguem verificar as necessidades territoriais.

Assim, verifica-se no trabalho construído, um intenso paradigma: as Redes são essenciais para a construção de um sistema que prevê o acesso universal, a equidade e a integralidade, mas o modo como foram conformadas nacionalmente, faz com que essas não consigam abranger tamanhas especificidades locais, de pequenos municípios. Mesmo com as pactuações e a regionalização, enquanto estratégia para reduzir as fragilidades da Rede, é preciso um maior equilíbrio entre as conformações formais desenhadas em normativas e a experimentação da realidade. Há sim, de fato, a necessidade de regulamentações e regras nacionais, mas são necessárias ponderações, que possibilitem aos municípios de pequeno porte maior capacidade para atuar frente às suas singulares, garantindo a oferta de um cuidado à saúde de qualidade. Deixo ainda a reflexão: em meio aos desafios cotidianos, como temos promovido e adaptado uma nova forma de cuidado coordenado na APS?

Por fim, ressalto que esse relato foi construído sobre o período que antecede a implementação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no município e na região, sendo necessária uma nova análise para verificar o impacto da implementação do SAMU nos atendimentos de urgência e emergência realizados na e pela APS de Santana do Riacho.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 169-173, 2015.

AZEVEDO, R. R.; AQUINO, A. C. B. O planejamento em municípios de pequeno porte em São Paulo. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 10, n. 26, p. 63-76, 2016.

BRASIL, T. C.; COSTA, A. E. K.; LOHMANN, P. M.. Avaliação do atendimento de urgências e emergências em uma unidade de atenção primária de um município de pequeno porte do interior do Vale do Taquari. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e595974593-e595974593, 2020.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 2 dez. 2024.

BRASIL. **LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 2 dez. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização se faz regionalizando : fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 208 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização**, 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**, 2024b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rau>>.

CARVALHO, A. L. B. DE; JESUS, W. L. A. DE; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. . Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e190211, 2019.

CIRINO, F. M. S. B. *et al.* O Acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2111, 2020.

Conass. **Organização de fundo de saúde**, 2024. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/guiainformacao/organizacao-de-fundo-de-saude/>>. Acesso em: 2 dez. 2024.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605-1618, 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* The contribution of primary health care in the SUS network to face Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 748-762, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santana do Riacho**, 2024. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santana-do-riacho/panorama>>. Acesso em: 2 dez. 2024

JUNIOR, R. G. *et al.* Condições de trabalho das equipes de saúde da família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

MACEDO, E. R. *et al.* Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9584-e9584, 2022.

MEDEIROS, C. R. G. ; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 160-170, 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, R. N. S. *et al.* **Avaliação da assistência em urgência e emergência: um estudo de caso no município do Cabo de Santo Agostinho**. 2013. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

MENDES, E. V.. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Saúde debate**, v. 52, p. 38-49, 2014.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Rev Bras Saúde Família** [internet], v. 15, n. 35/36, p. 1-7, 2013.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando sobre as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, p. 31-42, 2016.

NOGUEIRA, Marly. As pequenas cidades de Minas Gerais: uma tipologia. **Geoiingá: revista do programa de pós-graduação em geografia**, 2017.

PERES, C. R. F. B.. **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP**. 2006.

PINAFO, E. et al. O gestor do sus em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a Saúde**, v. 17, n. 1, p. 130-137, 2016.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 4, 2001.

PORTELA, G. Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 27, p. 255-276, 2017.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L. MEIRA, T.G.B.M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 10, p. 109-115, 2006.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, 2020.

RICCIULLI, F. M.; CASTANHEIRA, E. R. L.. O papel da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Revista de APS**, v. 25, 2022.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A.,. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em debate**, v. 38, p. 744-755, 2014.

SANTOS, P. R. A. **Uma análise da liderança a partir das percepções de líderes recém-promovidos a cargos de chefia e seus subordinados**. 2018.

SILVA, S. F.. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M.. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

SISAB. **Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica**, 2024. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em 2 dez. 2024.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D.. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 471-480, 2010.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 133-149, 2000.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de

Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

VELLOSO, I.C; ALVES, M.; SENA. Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 557–563, 1 dez. 2008.

VENNANCIO, S. O. *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3951-3964, 2011.

VIANA, A.L.d'Á. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, **Fundação Seade**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008