

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo  
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/interface.230493>

# Uso de serviço de emergência por motivos não urgentes: estudo qualitativo com usuários de um pronto-atendimento, Vitória-ES, 2019

Marcela Moura Rodrigues, Thiago Dias Sarti, Ana Paula Santana Coelho Almeida, Leonardo  
Ferreira Fontenelle, Welington Serra Lazarini

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6567>

Submetido em: 2023-08-05

Postado em: 2023-08-07 (versão 1)  
(AAAA-MM-DD)

**Uso de serviço de emergência por motivos não urgentes: estudo qualitativo com usuários de um pronto-atendimento, Vitória-ES, 2019.**

**Non-urgent use of the emergency department: a qualitative semi-structured interview study, Vitória-ES, 2019.**

**Autores:**

**Marcela Moura Rodrigues.** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Vitória, ES, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0007-3795-3031>. [marcelamrmoura@gmail.com](mailto:marcelamrmoura@gmail.com).

**Thiago Dias Sarti.** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social. Vitória, ES, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6276>. [tdsarti@gmail.com](mailto:tdsarti@gmail.com).

**Ana Paula Santana Coelho Almeida.** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social. Vitória, ES, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5808-5818>. [apscoelho@gmail.com](mailto:apscoelho@gmail.com).

**Leonardo Ferreira Fontenelle.** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social. Vitória, ES, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4064-433X>. [leonardof@leonardof.med.br](mailto:leonardof@leonardof.med.br).

**Wellington Serra Lazarini.** Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Vitória, ES, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2798-7223>. [welingtonsl@hotmail.com](mailto:welingtonsl@hotmail.com).

**Autor correspondente:** Wellington Serra Lazarini. Av. Mal. Campos, 1468 - Maruípe, Vitória - ES, CEP 29047-105. [welingtonsl@hotmail.com](mailto:welingtonsl@hotmail.com), +55 27 3335-7284.

**Financiamento externo:** Chamada Universal MCTIC/CNPq 2018.

**Contribuições dos autores:** Conceituação: TDS, APSCA, LFF, WSL. Metodologia: TDS, APSCA, LFF, WSL. Aquisição de fundos: TDS, APSCA. Administração do projeto: TDS, APSCA. Investigação: MMR, WSL. Curadoria de Dados: MMR, WSL. Análise Formal: MMR, TDS, WSL. Escrita – primeira redação: MMR, TDS, WSL. Escrita – Revisão e Edição: MMR, TDS, APSCA, LFF, WSL.

**Conflito de interesses:** Nada a declarar.

**Declaração de dados:** Os dados da pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. São dados qualitativos que podem ser usados para identificar os sujeitos da pesquisa.

## Resumo

**Introdução:** o sistema de saúde é organizado de uma forma que prevê a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada preferencial para o cuidado, destinando-se os serviços de emergência para situações que exigem atendimento imediato. Contudo, o caminho percorrido pelas pessoas nem sempre reflete o que se esperaria pelo perfil de sua necessidade de saúde, resultando em sobrecarga e baixa efetividade e eficiência dos serviços de emergência.

**Objetivo:** identificar motivações para uso pronto-atendimentos por problemas de saúde não urgentes em usuários deste serviço. **Método:** estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas realizadas em 2019 com usuários de um pronto-atendimento do município de Vitória-ES. Os dados foram submetidos à análise temática derivada da análise de conteúdo.

**Resultados:** Participaram 29 pessoas, sendo a maioria mulheres, negras ou pardas, com menos de 30 anos, queixando-se de dor ou problema respiratório. Observou-se, dentre outras coisas, que os entrevistados percebem os serviços urgência e emergência como aqueles onde obterão cuidados imediatos com maior facilidade e resolubilidade, já que é difícil acessar a APS e nela muito provavelmente não terão tudo aquilo que consideram necessário para manejar seu problema (consulta, exames e medicações) de uma maneira imediata, rápida e resolutiva.

**Conclusão:** A utilização de pronto-atendimentos por motivos não urgentes é uma questão complexa. Envolve não apenas a dificuldade de acesso à APS, mas a própria compreensão individual e coletiva do papel da APS e do pronto-atendimento. Não basta, portanto, expandir a APS, mas é preciso também ressignificá-la, em especial junto aos mais jovens.

**Palavras-chave:** Urgência. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Planejamento em Saúde. Serviços de Saúde.

## Summary

**Introduction:** The healthcare system is structured to prioritize Primary Health Care (PHC) as the main gateway for accessing care while reserving emergency services for situations requiring immediate attention. However, people's choices often deviate from what one would expect based on their health needs, leading to overburdened emergency services and reduced clinical care effectiveness and efficiency. **Objective:** This study aims to identify the motivations behind non-urgent health issues leading users to seek care at an emergency department. **Method:** A qualitative study involving semi-structured interviews was conducted in 2019 with users of an emergency department in Vitória-ES. The collected data underwent thematic analysis. **Results:** The study included 29 participants, predominantly women, of Black or mixed race, and under 30 years old, who reported issues related to pain or respiratory problems. Notably, participants perceived emergency services as places where they could readily obtain immediate and effective care. Accessing PHC was seen as challenging, and they anticipated that their needs (appointments, tests, medications) would not be promptly met within PHC. **Conclusion:** Utilizing emergency services for non-urgent concerns is a multifaceted and complex public health problem that extends beyond PHC access difficulties to encompass individual and collective understanding of PHC's role and emergency care. Merely expanding PHC is insufficient; reframing this level care is essential, particularly among younger individuals.

**Keywords:** Urgency. Primary Health Care. Access to Health Services. Health Planning. Health services.

## INTRODUÇÃO

Implementar com qualidade o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base seus princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade, exige a estruturação de complexas Redes de Atenção à Saúde (Tofani et al., 2021). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível ordenador do cuidado e porta de entrada preferencial para os usuários nessas redes, estando fortemente articulada com outros níveis e serviços de saúde de distintas naturezas assistenciais e densidade tecnológica (Macinko et al., 2018). Nas situações que exigem cuidado imediato, os serviços de urgência e emergência também atuam como porta de entrada no sistema (O'Dwyer et al., 2017).

Apesar da lógica racional desse desenho de redes de atenção à saúde (Mendes, 2010), na realidade o caminho percorrido pelas pessoas nem sempre reflete o que se esperaria pelo perfil de sua necessidade de saúde (Tofani et al., 2022; Demétrio et al., 2019; Cecílio et al., 2014). É muito frequente a utilização dos serviços de urgência e emergência por pessoas com problemas considerados não urgentes, seja como porta de entrada inicial ou como uma segunda fonte de cuidados a partir de insucessos prévios no uso de outros serviços, em especial os da APS (Carret et al., 2009). Essa situação impacta negativamente o funcionamento do sistema de saúde, contribuindo para a demora no atendimento de casos urgentes, longos períodos de espera por atendimento, descontinuidade do cuidado, exposição das pessoas a intervenções desnecessárias, aumento dos gastos com saúde, entre outros problemas (McIntyre et al., 2023). Em síntese, essa disfunção sistêmica quebra a lógica da oferta do cuidado desejável, no momento oportuno, com a intensidade adequada, no local mais apropriado com vistas a sua alta resolubilidade e eficiência, com usuários satisfeitos.

Dada a alta frequência e a universalidade do problema de superlotação e uso inapropriado dos serviços de urgência e emergência, a literatura da área é farta no estudo dos fatores que explicam esse comportamento (McIntyre et al., 2023; O'Cathain et al., 2020; Coster et al., 2017; Kraaijvanger et al., 2016; Uscher-Pines et al., 2013; Carret et al., 2009). De uma forma geral, em uma perspectiva de estruturação do sistema de saúde, respondem por esse cenário a falta de acesso oportuno aos serviços de APS, a percepção social de que os serviços de emergência oferecem atendimento mais rápido e resolutivo, com maior disponibilidade de exames e procedimentos, a percepção de maior comodidade e disponibilidade do serviço de emergência, na medida em que se pode obter consultas, exames e medicações no mesmo local e no mesmo momento, a falta de conhecimento sobre o papel da APS na prestação de cuidados acessíveis, longitudinais, integrais e abrangentes, bem como a avaliação negativa das pessoas quanto a

qualidade da APS, seja na indisponibilidade de profissionais de saúde, exames complementares e medicamentos, seja na baixa resolubilidade do cuidado .

Por outro lado, pensando-se em fatores socioeconômicos e subjetivos que condicionam a forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde em favor do uso inapropriado da emergência, estudos já identificaram como causas a baixa escolaridade e renda, ser adulto jovem, a precariedade das condições de vida, as experiências negativas prévias com os distintos serviços de saúde, a autopercepção negativa da qualidade de vida e estado geral de saúde, a presença de doenças crônicas e multimorbidade, a fragilidade dos laços e suporte social, personalidade mais imediatista na obtenção de cuidado, dentre outros fatores (McIntyre et al., 2023; O'Cathain et al., 2020; Coster et al., 2017; Kraaijvanger et al., 2016; Uscher-Pines et al., 2013; Carret et al., 2009).

Grande parte dos estudos voltados à análise dos fatores relacionados ao uso inapropriado da emergência, em detrimento da APS, são de corte transversal de natureza quantitativa (McIntyre et al., 2023). O'Cathain et al. (2020) detectou que estudos de natureza qualitativa são escassos na literatura latino-americana, incluindo a brasileira. E Demétrio et al. (2019), analisando a literatura brasileira sobre itinerários terapêuticos, não identificou estudos específicos sobre serviços de urgência e emergência.

Como já apontado acima, as escolhas feitas pelas pessoas na utilização de determinado serviço, em detrimento de outro, envolve um complexo conjunto de elementos de natureza econômica, social, cultural, gerencial, institucional e subjetiva (O'Cathain et al., 2020; Travassos et al., 2017). E apesar de ser difícil prever o comportamento em saúde das pessoas em sua decisão de acessar determinado serviço (Kumar et al., 2020; Demétrio et al., 2019), a compreensão desse fenômeno tem ganhado importância no planejamento, na organização e na avaliação dos serviços de saúde. Daí depende-se a força do conceito de itinerário terapêutico nos estudos socioantropológicos da saúde em sua interface com os estudos sobre as políticas e sistemas de saúde (Demétrio et al., 2019).

Diante desse contexto, o presente estudo visa identificar os fatores relacionados ao uso de pronto-atendimentos por motivos não urgentes, colaborando para a compreensão das razões que motivam os usuários a procurarem os pronto-atendimentos em vez das unidades básicas de saúde. Almeja-se, assim, contribuir para efetividade do sistema, otimização de recursos e prevenção de eventos adversos para a população.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, que utiliza como método de pesquisa a análise do perfil e itinerários terapêuticos de usuários de um serviço de pronto-atendimento do município de Vitória, localizado no estado do Espírito Santo, Brasil. Esta pesquisa está ancorada em um projeto maior denominado: “*Modelos de inteligência artificial para predição de uso inadequado, reutilização e mortalidade entre usuários de serviços de Pronto Atendimento: instrumento para o planejamento da rede de atenção à saúde*”.

O cenário deste estudo foi um Pronto Atendimento localizado no município de Vitória, capital do Espírito Santo. Este município tem aproximadamente 364 mil habitantes (IBGE, 2017) e seu sistema de saúde é organizado em seis regiões de saúde, contando com dois Prontos Atendimentos, 29 Unidades Básicas de Saúde, com cobertura de 93,83% de Estratégia Saúde da Família, e um complexo conjunto de serviços especializados, sendo que toda a rede de atenção é informatizada e opera com prontuário eletrônico desenvolvido pelo próprio município. O Pronto Atendimento, de gestão direta municipal, faz atendimentos clínicos médico e odontológico aos públicos adulto e infantil e cirúrgicos de pequena complexidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2022).

Os participantes da pesquisa foram pessoas maiores de 18 anos, residentes no município por no mínimo um ano, que acessaram o Pronto Atendimento que serviu de campo no mês de dezembro de 2019, e que foram classificados como não urgentes (cores azul e verde) no setor de classificação de risco do serviço (Protocolo de Manchester). Usuários que se enquadravam nesse perfil eram convidados pelos próprios enfermeiros triadores a participarem da pesquisa. Ao todo, foram sujeitos desta pesquisa 29 indivíduos que cumpriam estes critérios de inclusão e que aceitaram, espontaneamente, contribuir para esta pesquisa.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro composto por 18 perguntas abertas, além dos dados de identificação. As entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio serviço de saúde, em local com privacidade, por dois pesquisadores, entre segunda e sexta-feira, de 7 às 16 horas. Tal período e horário se justificam por ser o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do município. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra *in verbatim*.

Os dados foram submetidos à Análise Temática derivada da Análise de Conteúdo, sistematizada por Bardin (2011) em três grandes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Inicialmente procedeu-se a leitura minuciosa e exaustiva do corpus textual na pré-

análise. Nessa etapa, algumas unidades de registro e categorias já começaram a ser identificadas, mas não sistematizadas. Em um segundo momento, intensificou-se o processo de codificação do material textual, optando-se por um processo manual de identificação por cores de segmentos de fala ou termos ou ideias consideradas essenciais e significativas para a compreensão das percepções dos participantes, conforme proposto por Rodrigues (2018). Um total de 15 categorias foram construídas nesta etapa.

Deu-se então um processo de análise, refinamento, aproximação e agrupamento dessas categorias, em um constante movimento de volta ao corpus textual e às unidades de registro, chegando-se finalmente a três grandes categorias temáticas que, na análise dos pesquisadores, ilustram bem as construções dos participantes sobre o objeto da pesquisa, a saber: “Os diferentes papéis de cada serviço e a busca pelo cuidado”, “Na contramão do sistema: dificuldade de acesso à unidade básica de saúde” e “Necessidades de saúde e a busca por outras vias de atendimento”.

Este trabalho foi norteado por todos os princípios éticos em vigência no Brasil, respeitando as Resoluções nº 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com o parecer nº 3.433.979/2019. Todos os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E com fins de manter o sigilo das identidades dos participantes, eles serão identificados com a letra “E” seguido pela referida ordem de numeração na qual ocorreu a entrevista, que vai de “1” a “29”.

## **RESULTADOS**

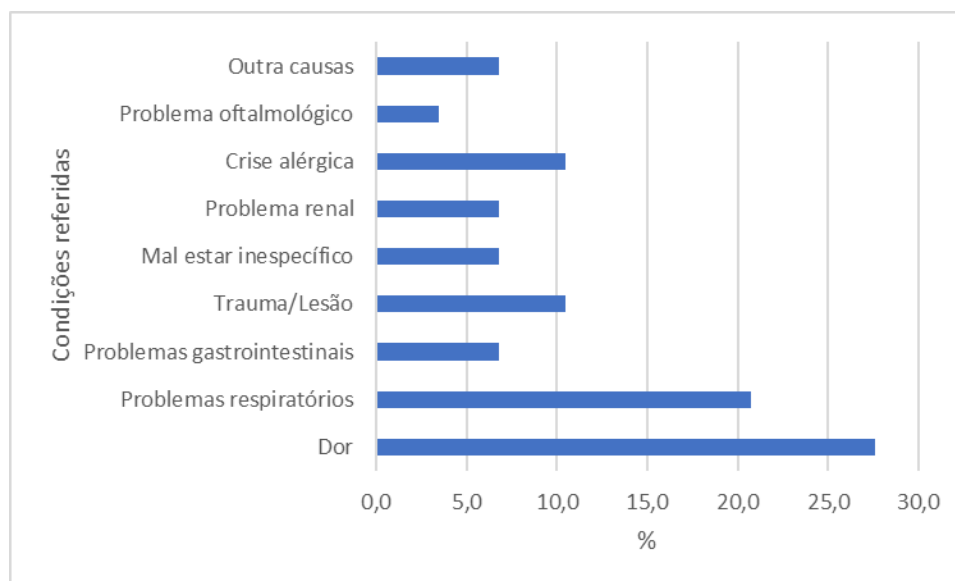
### **Caracterização dos participantes**

Dentre os 29 usuários entrevistados, a maioria era do sexo feminino, com menos de 30 anos de idade, que se autodenominam pretos ou pardos, sem ensino superior, sem plano de saúde e que procuraram o PA devido dor (ex. lombalgia), ou problema respiratório (ex. gripe, tosse e dor de garganta). Este perfil, de certa forma, já era esperado em se tratando de uma pesquisa realizada em um serviço público de saúde, sendo que é sabido que estes são majoritariamente usados pela maioria da população brasileira que vive com algum grau de vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, é esperado que os serviços de saúde sejam utilizados mais frequentemente pelas mulheres e por pessoas de mais baixa escolaridade (LEVORATO et al., 2014).

Por outro lado, aparece aqui a questão do uso dos serviços de emergência pela população mais jovem. A literatura científica que versa sobre a utilização deste tipo de serviço já mostrou como as pessoas mais jovens utilizam muito as emergências para problemas considerados não urgentes. São diversas as motivações que levam esse público a optar pela emergência e não pela APS: maior comodidade; possibilidade de realizar exames complementares (ex. “exame de sangue” ou “raio-x) no mesmo dia e “já resolver tudo de uma vez”; dificuldade de acesso dos jovens à APS, seja por uma questão de territorialização, seja por uma questão de organização da agenda de atendimento do serviço priorizando outros grupos populacionais; maior proximidade do local de trabalho; dentre outros.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme sexo, faixa etária, cor, escolaridade e plano de saúde (n=29). Vitória, 2019.**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	21	72,5
Masculino	8	27,5
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
18-20	3	10,4
21-30	16	55,2
31-50	7	24,1
51-59	2	6,8
> ou = 60	1	3,5
<b>COR</b>		
Branca	6	20,6
Preta	8	27,6
Parda	14	48,3
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino fundamental completo ou incompleto	4	13,8
Ensino médio completo	12	41,4
Ensino superior incompleto	9	31
Ensino superior completo	4	13,8
<b>PLANO DE SAÚDE</b>		
Sim	1	3,5
Não	28	96,5

**Figura 1 - Condições de saúde referidas que motivaram a procura pelo Pronto-atendimento. Vitória, 2019.**

### Os diferentes papéis de cada serviço e a busca pelo cuidado

Ao serem indagados sobre as motivações para buscarem atendimento no PA e não em outro lugar, foi possível observar que os entrevistados têm concepções muito peculiares sobre o papel que o PA e a UBS exercem no sistema de saúde. Quanto ao PA, os entrevistados entendem tratar-se de um lugar para atendimento de problemas de saúde que necessitam de cuidado urgente e pontual, sendo possível obter acesso a qualquer hora do dia ou da noite. Outro aspecto importante sobre o PA é a possibilidade de não apenas ter atendimento médico, mas também receber medicações e realizar exames de maneira mais rápida e no mesmo dia.

“Vem gente de Cariacica, vem gente da Serra, vem gente de Vitória [municípios da Região Metropolitana de Vitória]. As pessoas não conseguem atendimento lá no seu município, procura aqui e é atendido. Demora um pouco, mas é atendido e sai satisfeito” (E5).

“[...] no meu ponto de vista, é uma segurança [ser atendido no PA]. Ele tem um atendimento bom e uma equipe legal com as pessoas que vem aqui. Então ele é supereficiente. Eu venho segura que eu vou ser atendida e que o meu problema vai ser resolvido” (E17).

Já a UBS teria um papel diferente, na visão dos entrevistados. Ali as consultas e exames são agendados, o que demanda uma maior organização do usuário. É um serviço no qual se busca consultas para problemas leves (ex. foram citados gripe, tontura, conjuntivite, dor de cabeça), atendimento com psicólogos e odontólogos, dispensação de medicamentos na farmácia e aplicação de vacinas.

“O posto [sinônimo de UBS] serve mais para casos sem urgência e o PA é pronto atendimento, que serve pra coisas mais urgentes que o posto não dá conta” (E9).

“A unidade é básica, aquela situação de consulta rotineira, exame rotineiro. O PA é para aquela urgência mesmo, que tá com muita dor, tá sentindo tonteira, falta de ar. Aí eu tenho que procurar o PA” (E22).

“No posto de saúde, a gente faz um acompanhamento anual ou mensal. E aqui [pronto atendimento] não. Aqui [pronto atendimento] você vem, tomou o remédio, e vai embora. Você vem, foi consultado, e vai embora. Você pode voltar aqui várias vezes no ano com outras coisas, mas você não tá aqui fazendo aquele acompanhamento que faz no posto de saúde” (E26).

Há uma forma de perceber o PA vinculada às noções de comodidade, rapidez e resolubilidade. Se a pessoa está com um problema, o entende como sendo de saúde e o percebe como sendo mais pontual e/ou urgente, logo o PA seria o local mais indicado para obter atendimento já que ali já se faria a consulta, receberia a medicação, faria o exame e se resolveria o problema de maneira rápida e eficaz. E essa concepção do PA é tão forte que é preferível ficar por longo tempo esperando (frequentemente esse tempo é superior a 5 horas), em condições desconfortáveis, o atendimento que procurar outro tipo de serviço e correr o risco de não conseguir o que se deseja.

“Eu prefiro vir pra cá [pronto atendimento] porque quando eu vou lá [unidade de saúde] eu não consigo... então, é difícil... se é pra perder o tempo, ficar esperando, eu prefiro esperar aqui do que ficar lá e depois não conseguir, e vim pra cá” (E25).

### **A dificuldade de acesso à unidade básica de saúde**

Para além de uma percepção mais restrita do papel da APS no cuidado por parte das pessoas, os entrevistados foram enfáticos em apontar para problemas significativos no acesso aos cuidados primários em tempo oportuno para o manejo de seus problemas de saúde, em especial os agudos.

“[Ao] passar na unidade de saúde, creio que a resposta seria que eles não tem demanda pra atendimento e iriam tentar agendar pra outro dia. E eu estou me sentindo mal hoje. Pode acontecer que, no dia que eles marquem, para amanhã ou depois, eu não esteja [mais se sentido mal], porque eu já fiquei aborrecida e passei na farmácia e comprei um remédio” (E20).

“Eu acho que deveriam ser disponibilizadas algumas vagas a mais, sem serem aquelas que têm agenda, porque a gente não escolhe o dia que vai passar mal e chegar lá [na unidade de saúde] tem que ficar esperando. Já aconteceu de eu ficar esperando, esperando, esperando e não conseguir” (E25).

“Eu cheguei lá [unidade de saúde], eles falam que eles não podem consultar, que não pode nem chegar lá se você não tiver marcado nada. Aí eu esperei, porque ele falou que tinha uma pessoa marcada e, se cancelasse, ele conseguia me encaixar. Só que a pessoa chegou e eu tive que vir para cá [pronto atendimento]” (E3).

“Seria [para ser atendido] no posto de saúde, mas lá o atendimento ainda é um pouco mais burocrático, mais demorado, porque teria que esperar um encaixe sem consulta marcada, e talvez demoraria bem mais do que aqui [no pronto atendimento]” (E26).

Nas falas acima, as pessoas expressam tanto experiências prévias de não acesso à APS quando demandada, quanto experiências atuais de não obtenção de consulta na UBS, sendo este o motivo para a busca do PA. Essas experiências acumuladas, tanto em um nível pessoal quanto do ponto de vista da própria coletividade, fazem com que muitas pessoas optem por já procurar o PA como primeira alternativa de cuidado ao invés da UBS. Se no passado a pessoa não conseguiu atendimento quando julgou ser necessário e se as pessoas ao seu redor comentam cotidianamente sobre a mesma dificuldade, deixa de fazer sentido o enunciado de que a APS funciona como a principal porta de entrada no sistema. Ganha relevo o pragmatismo de buscar o serviço que, real ou não, vai resolver o problema no momento que se percebe a necessidade.

E, do ponto de vista dos entrevistados, essa dificuldade de acesso aos cuidados primários decorre, dentre outros fatores, de problemas na organização da agenda de atendimento dos profissionais; da alta rotatividade de profissionais, em especial de médicos; da quebra da longitudinalidade do cuidado e do vínculo com os profissionais do serviço; e na implementação problemática de tecnologias, pelo município, que visam facilitar o agendamento de consultas, como por exemplo um aplicativo (Vitória Online) de marcação online de atendimento.

“Há uma rotatividade de médicos muito grande. Então, você não consegue criar um vínculo com aquele médico” (E15).

“Já foi bem melhor o atendimento. Eu não sei se é porque são pessoas novas que estão lá agora, mas as pessoas antigas, que conhecem a gente já há muito tempo, eu acho que o tratamento era bem melhor” (E26).

“Se a gente faltar na consulta, a gente fica bloqueado no site [Vitória Online]. Aí não consegue marcar mais e tem que ir no posto” (E13).

“Eu não acho ele legal não [o aplicativo Vitória Online], porque a gente tem que ficar marcando e não consegue” (E24).

Dessa forma, fica evidente que os entrevistados almejam uma boa disponibilidade de vagas para atendimento em tempo oportuno ao de sua demanda (ex. no mesmo dia) e um fluxo de agendamento desse atendimento mais ágil e cômodo (ex. sem necessidade de deslocamentos desnecessários e com garantia de ser atendido mesmo após tempo longo de espera, como ocorre no PA). Por outro lado, as entrevistas sugerem que uma relação mais próxima e duradoura da UBS com as pessoas seja um fator facilitador do acesso ao serviço, sendo desejável que o fortalecimento da APS pela gestão passe necessariamente pela produção de vínculo dos profissionais da UBS com seus usuários. Não bastaria, portanto, na visão dos entrevistados, implementar inovações e tecnologias neste contexto sem concomitantemente fortalecer a longitudinalidade do cuidado.

### **Itinerário terapêutico diante de um problema percebido como urgente**

Para além da percepção que se tem sobre o papel de cada tipo de serviço de saúde diante de um determinado tipo de problema de saúde e para além das barreiras que são encontradas no acesso ao serviço de APS, uma outra questão aparece nas entrevistas dos usuários do PA: o itinerário terapêutico que as pessoas constroem na busca pelo cuidado a seu problema, percebido como agudo e urgente, não é linear e não respeita os fluxos formais pensados pela gestão do sistema. É nesse sentido que entra, por exemplo, a obtenção de cuidados na farmácia privada. E entra também todo um cálculo feito pela pessoa de tempo a ser dispendido no acesso ao cuidado almejado, de comodidade e de proximidade territorial do local onde se encontra, a trabalho ou alguma outra tarefa cotidiana, que faz com que a pessoa escolha entre um dos dois PAs existentes no município de Vitória.

“Eu procurei [a farmácia] pra ele ver a minha situação, pra eu comprar um remédio e vê se resolvia o problema. Aí, ele [o farmacêutico] falou: ‘olha, eu não vou passar o remédio para você porque hoje é tudo com a receita do médico, entendeu?’. Aí eu fiquei em casa em dúvida, não sabia se eu vinha, não sabia se ficava. Aí eu peguei e resolvi vir pra não agravar mais” (E1).

“Eu fui numa farmácia pra conversar com o farmacêutico pra ele dar uma olhadinha pra ver o que ele achava, só que ele acabou me pedindo pra vir aqui [pronto-atendimento] porque ele não podia medicar, já que eu estou com essa alergia há três dias e não passa” (E15).

“Teria o [pronto-atendimento] de São Pedro, que seria até mais próximo da minha casa, mas como eu tava na faculdade, eu vim direto pra cá [pronto-atendimento da Praia do Suá]” (E10).

“[Eu vim aqui] porque eu tava em Jardim da Penha. Aí, pra vir pra cá era mais fácil, mais rápido e eu trabalho aqui do lado também” (E27).

Neste último caso, a pessoa opta por acessar um PA, mesmo o outro existente na cidade sendo conhecido popularmente por ter um tempo de espera menor e ser mais próximo de sua casa, em decorrência de outros fatores relacionados à proximidade e conveniência. Desta forma, torna-se tarefa complexa entender e predizer o itinerário das pessoas na busca de cuidado, já que são muito variáveis envolvidas nessa tomada de decisão da pessoa: o momento em que surge um problema de saúde (ex. lombalgia), a percepção pessoal da necessidade de busca pelo serviço, o local onde se encontra a pessoa e suas possibilidades de deslocamento, e seu entendimento sobre o funcionamento do sistema e o potencial de resolubilidade dos diferentes serviços.

### **DISCUSSÃO**

A utilização de pronto-atendimentos por motivos não urgentes é uma questão relevante no contexto da organização de sistemas e serviços de saúde. A compreensão dos fatores que levam os usuários a buscar esse tipo de atendimento é fundamental para a melhoria do sistema de saúde e a promoção de um cuidado mais adequado e eficiente. Disfunções no uso dos escassos recursos da saúde podem reduzir a qualidade do cuidado prestado e contribuir para um ciclo negativo de baixa resolubilidade da atenção à saúde, gastos crescentes e insatisfação das pessoas.

Neste estudo, observou-se que usuários de um pronto-atendimento classificados com motivos não urgentes de utilização percebem os serviços urgência e emergência como aqueles onde obterão cuidados imediatos com maior facilidade e resolubilidade, já que é difícil acessar a APS e nela muito provavelmente não terão tudo aquilo que consideram necessário para manejar seu problema (consulta, exames e medicações) de uma maneira imediata, rápida e resolutive. Para essas pessoas, a APS é um serviço voltado para problemas de menor gravidade e mais “simples”, para os quais é possível aguardar dias para serem atendidos sem maiores riscos à saúde. Logo, porque ir a um lugar que o agendamento das consultas é mais difícil, que o atendimento não está garantido, no qual não se tem certeza sobre a resolução do problema (ou pelo menos o acesso aos procedimentos para sua resolução) e que não garante que você será atendido pelos profissionais que melhor o conhecem?

É nesse sentido que este trabalho sugere que uma parcela significativa dos usuários do PA tem: uma percepção restrita do papel da APS no cuidado integral; uma vivência traumática, seja do ponto de vista individual ou coletiva, no acesso à APS; uma visão que superestima o potencial de resolubilidade do PA; uma necessidade mais imediatista por resolver seus problemas de saúde, cujo grau de gravidade e ameaça à vida é limitado; um apreço grande por comodidade e facilidade de acesso ao serviço de saúde, optando pelo PA que está mais próximo, no qual tem a certeza de ser atendido e de que receberá aquilo que julga ser necessário; e uma experiência em buscar cuidados que não se encaixa na linearidade racional na qual é pensado e organizado o sistema de saúde, tendo a porta de entrada preferencial na APS e a urgência e emergência destinada aos problemas com potencial de dano à vida (Tofani et al., 2022; Cecílio et al., 2014).

De uma forma geral, os achados desse estudo estão em acordo com o que foi encontrado em revisões sistemáticas sobre o uso de serviços de emergência por motivos não urgentes (McIntyre et al., 2023; O’Cathain et al., 2020; Coster et al., 2017; Kraaijvanger et al., 2016; Uscher-Pines et al., 2013; Carret et al., 2009). Especificamente em relação à revisão de O’Cathain et al. (2020), que incluiu estudos qualitativos e quantitativos com vistas à teorização

do comportamento humano de busca pelo serviço, nosso trabalho corrobora com muitos aspectos levantados, mas trazendo a perspectiva de um sistema universal público de saúde de um país do sul global de baixa e média renda, como é o Brasil, algo pouco comum na literatura. No entanto, um aspecto pouco abordado em trabalhos prévios, e ausente do modelo teórico de O’Cathain et al. (2020), é o fato de não apenas a dificuldade de acesso à APS incidir sobre o problema, mas a própria compreensão individual e coletiva do papel da APS e do pronto-atendimento. No contexto na qual se insere este trabalho, esse aspecto tem relevo não visto em outros estudos feitos nos países de alta renda.

Fica evidente, portanto, a complexidade que é abordar do ponto de vista gerencial o uso excessivo do PA por pessoas com problemas considerados não urgentes. Primeiramente, não se trata apenas de “culpar” o usuário do serviço por não usar adequadamente o sistema de saúde, o que nos levaria a pensar, como estratégias principais de enfrentamento do problema, a “conscientização” da sociedade sobre o uso “correto” dos serviços de saúde, bem como a criação de “barreiras” para essa inadequada utilização.

Mesmo reconhecendo que vivemos em uma sociedade imediatista e medicalizante (Conrad, 2007) e que isso se materializa num uso excessivo e problemático do sistema de saúde (Rosenstock, 2005), percebe-se que há problemas evitáveis na organização dos serviços de saúde, em especial na APS. Afinal, se a agenda de atendimentos prioriza os pacientes com consultas previamente agendadas, se essas consultas programadas são voltadas em sua grande maioria para pessoas com problemas não percebidos como urgentes (ex. acompanhamento de pessoas com doenças crônicas), se implementamos tecnologias que seriam destinadas a facilitar o acesso ao cuidado mas que na prática tem efeito oposto em grupos populacionais relevantes, se por qualquer motivo a continuidade do cuidado se encontra prejudicada, se não equipamos as UBSs e não organizamos os fluxos assistenciais de forma a garantir que as pessoas terão acesso ao que precisam em tempo oportuno, e se vinculamos as pessoas à APS exclusivamente a partir do critério de local de residência, é problemático querer que as pessoas, ou parte significativa delas, respeitem os itinerários previstos e desejáveis diante de seus problemas de saúde, em particular diante de demandas e necessidades agudas.

Em suma, a redução da busca por pronto-atendimentos por motivos não urgentes requer uma abordagem abrangente, na medida que os fatores que respondem por esse padrão são multifacetados e inter-relacionados (McIntyre et al., 2023). Apesar das evidências para muitas intervenções serem inconclusivas ainda, podem contribuir para a redução destes atendimentos melhorias na infraestrutura e nos recursos disponíveis nas unidades básicas de saúde (van den

Berg et al., 2016), qualificação da equipe de saúde e promoção de vínculos profundos e duradouros entre população e UBS (van den Berg et al., 2016; Ionescu-Ittu et al., 2007), redução da rotatividade de profissionais nos serviços, investimento em acesso à APS em horários não comerciais (O'Malley, 2013), ações de educação em saúde (McIntyre et al., 2023), empoderamento dos pacientes para lidarem com a ansiedade e a incerteza diante dos problemas de saúde (McIntyre et al., 2023; O'Cathain et al., 2020), melhoria das informações dadas aos pacientes na sua alta do pronto-atendimento (Hoek et al., 2020) e implementação de sistemas eficientes de agendamento (Yoon et al., 2015). Somente assim será possível promover um sistema de saúde mais equitativo, acessível e eficiente, atendendo de forma adequada às necessidades da população. E, dentre outros efeitos, aumentar a probabilidade de as pessoas terem experiências positivas no acesso à APS tem o potencial de gradativamente mudar a percepção coletiva do sistema (van den Berg et al., 2016).

É importante mencionar algumas limitações deste estudo. Primeiramente, a pesquisa foi realizada em um único pronto-atendimento de um município específico. E esse município é uma capital de estado com estrutura em saúde robusta e longa data de investimentos e construção de uma complexa rede de atenção à saúde. Além disso, a amostra foi composta por usuários que buscaram atendimento em um período específico do ano em horário comercial. E o período de realização do estudo é anterior à pandemia por COVID-19. Mesmo em se tratando de uma pesquisa qualitativa, que não almeja representação fiel de uma dada realidade (pois entende que isso não é possível) ou generalização e universalização dos seus achados (pois busca uma produção de conhecimento contextualizado), entende-se que tais características deste estudo devem levar a um cuidado maior na hora de interpretar, contextualizar e aplicar suas conclusões a outras realidades, em especial de serviços e sistemas de saúde de localidades menores, com estrutura em saúde mais modesta. Além disso, a pandemia provocou profundos impactos e exigiu reformulações na organização do sistema de saúde que podem de alguma forma ter mudado a maneira com que as pessoas se relacionam com o conjunto dos serviços de saúde.

### **Referências Bibliográficas**

Cecilio LCO et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.

Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

Conrad, P. **The Medicalization of Society**: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007. 204 p.

Coster JE et al. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. **Acad Emerg Med**, v. 24, n. 9, p. 1137-1149, 2017.

Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. spe7, p. 204–21, 2019.

Hoek AE et al. Patient discharge instructions in the emergency department and their effects on comprehension and recall of discharge instructions: a systematic review and meta-analysis. **Ann Emerg Med**, v. 75, n. 3, p. 435–44, 2020.

Ionescu-Ittu R et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. **CMAJ**, v. 177, p. 1362–8, 2007.

Kraaijvanger N et al. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. **BMC Health Serv Res**, v. 16, p. 685, 2016.

Kumar Y et al. Predicting utilization of healthcare services from individual disease trajectories using RNNs with multi-headed attention. **Proceedings of the Machine Learning for Health NeurIPS Workshop**, v. 116, p. 93-111, 2020.

Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

McIntyre A et al. An integrative review of adult patient-reported reasons for non-urgent use of the emergency department. **BMC Nurs.**, v. 22, n. 1, 85. 2023.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–305, 2010.

O’Cathain A et al. ‘Clinically unnecessary’ use of emergency and urgent care: A realist review of patients’ decision making. **Health Expect.** v. 23, n. 1, p. 19–40, 2020.

O’Dwyer G et al. The process of implementation of emergency care units in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 125, 2017.

O’Malley A. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. **Health Aff (Millwood)**, v. 32, n. 1, p. 175-83, 2013.

Rosenstock IM. Why people use health services. **Milbank Q.** v. 83, n. 4, 2005.

Tofani LFN et al. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. **Interface (Botucatu)**, v. 26, p. e210690, 2022.

Tofani LFN et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à

Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Giovanella L et al. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. p. 183-207.

Uscher-Pines L et al. Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. **Am J Manag Care**, v. 19, n. 1, p. 47–59, 2013.

van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. **Fam Pract.**, v. 33, n. 1, p. 42–50, 2016.

Yoon J et al. The relationship between same-day access and continuity in primary care and emergency department visits. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. e0135274, 2015.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.