

ADEQUAÇÃO DA DEMANDA E PERFIL DE MORBIDADE ATENDIDA EM UMA UNIDADE NÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Vinicius Maniezo Garcia*
Renata Karina Reis**

RESUMO

A utilização e procura pelos serviços não hospitalares de urgência tem sido uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde. Neste estudo, objetivou-se avaliar a adequação da demanda de adultos atendidos em um serviço não hospitalar de urgência e emergência de um município do interior paulista. Os dados foram coletados por meio das fichas de atendimento de urgência de indivíduos atendidos durante o ano 2011. Foi realizada análise descritiva e analítica dos boletins de atendimento do pronto atendimento, no ano de 2011. A demanda atendida foi considerada inadequada em 67,9% dos atendimentos, sendo que, entre as mulheres, esse percentual foi de 71,%. A adequação teve associação com o horário de atendimento, sendo a maior procura considerada inadequada, nos períodos da manhã e tarde, horários em que as unidades básicas de saúde estão em funcionamento. Quanto ao perfil de morbidade, identificou-se que são atendidos casos clínicos considerados urgentes, mas também, situações sensíveis no nível de complexidade da atenção básica. O conhecimento do perfil de utilização dos serviços de saúde pode trazer subsídios para as respostas às necessidades de saúde da população mais efetivas.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção às situações de urgência e emergência e suas deficiências apresentam-se para a sociedade como a ponta mais visível do sistema de saúde em todo o mundo. No Brasil, prevalece uma organização fragmentada e inadequada para o enfrentamento do quadro epidemiológico, onde predominam condições crônicas com alta frequência de agudizações⁽¹⁾.

Diante dessa problemática, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências que visa proporcionar cuidado integral e resolutivo às necessidades de saúde das pessoas⁽³⁾ em diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), composta por diferentes pontos de atenção, configurando uma Rede de Atenção às Urgências (RUE) de forma a responder por diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência⁽²⁾.

Para tal, faz-se necessária a integração entre os diferentes níveis de atenção como estratégia para assegurar a otimização dos recursos e a atenção integral e resolutiva às necessidades de saúde dos usuários.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos. São consideradas estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana com o objetivo de garantir o acolhimento dos pacientes, intervir em sua condição clínica e garantir a resolubilidade da atenção, por meio da contrarreferência para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde, seja para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população⁽²⁾.

No município de Ribeirão Preto, SP, o território está organizado em cinco distritos de saúde, comportando diversas unidades de saúde voltadas para a atenção básica e uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS). Cada distrito de saúde é responsável pelo atendimento de urgência e emergência no Pronto Atendimento (PA). A utilização e procura por esses serviços é grande, visto que, no ano de 2009, foram

*Enfermeiro. Bolsista de Iniciação Científica- PIBIC/CNPq durante a graduação. E-mail: vinicius.maniezo.garcia@usp.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. E-mail: rkreis@eerp.usp.br

registradas 744.018 consultas no PA e 617.106 consultas na atenção básica⁽³⁾.

Os motivos de procura e utilização dos serviços de urgência são diversos, tais como: a baixa resolutividade das unidades básicas de saúde (disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos), a dificuldade de acesso (marcação de consultas envolvendo meses de espera, filas longas, horários restritos de atendimento), e, a utilização dos serviços pela população de municípios menores (visto o baixo investimento na rede própria ou conveniada)⁽⁴⁾.

Um estudo realizado em Londrina, Paraná, na região Sul do Brasil apontou a inadequação da demanda atendida em serviços de urgência de média complexidade⁽⁵⁾, bem como serviços de urgência hospitalares tanto adulto⁽⁶⁾ como pediátrico⁽⁷⁾, no qual, entre os últimos, foram encontradas taxas acima de 70% de inadequação das demandas. Nesse sentido, uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências é a descentralização do atendimento de baixa e média complexidade, visando reduzir a sobrecarga dos hospitais de maior porte⁽⁸⁾.

Apesar disso, quanto aos serviços de atenção às urgências, de média complexidade, poucos são os estudos que avaliam o perfil da demanda nesses serviços. Entretanto, esses são estruturados nas unidades de referência secundária, nos quais é possível realizar consultas, exames especializados e realizar atendimentos de urgência e emergência à demanda espontânea, além de casos encaminhados pelas unidades de nível primário, situando-se em posição intermediária, entre a atenção básica e os hospitais que se constituem em importantes componentes da rede de atenção à saúde e devem estar preparados para a organização estrutural e funcional, em resposta às necessidades de saúde da população⁽⁹⁾.

Esses serviços, muitas vezes, têm se constituído como a “porta de entrada” ao sistema de saúde, acolhendo situações de urgência, bem como indivíduos que estão fora do sistema de saúde de atenção primária e especializada⁽⁹⁾.

A frequente utilização dos serviços de PA é vista, na percepção dos usuários, como uma forma de acesso rápido e fácil ao serviço de saúde. Isso denota a dificuldade no atendimento e no acompanhamento nas unidades básicas, representadas, assim, pela de demora de

atendimento, de agendamento das consultas e de problemas na acessibilidade organizacional, devido aos turnos de funcionamento – tipo de marcação e horário das consultas⁽¹⁰⁾.

Considerando que o conhecimento do perfil de utilização dos serviços de saúde possa trazer subsídios para as respostas às necessidades de saúde da população mais efetivas, bem como avanço o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, há ainda a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, possibilitando resolução integral das necessidades de saúde da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, este estudo teve como objetivos avaliar o perfil de morbidade e a adequação da demanda de adultos, atendidos em serviço não hospitalar de urgência e emergência do distrito de saúde oeste, de Ribeirão Preto-SP.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço não hospitalar de atendimento de urgência do referido município de médio porte do interior paulista, com população estimada de 649.556 habitantes⁽¹¹⁾. A rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, SP, está definida por cinco distritos de saúde, delimitados por critérios geográficos, populacionais, econômicos e sociais.

Neste serviço, onde se realizou o estudo, localiza-se o PA, que se constitui em uma referência para o atendimento de urgência e emergência para a população adstrita em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito Unidades de Saúde da Família (USF) de diferentes bairros da região oeste. Seu papel assistencial é atender situações de quadros agudos de urgência e emergência clínica, traumática e psiquiátrica atendidos por médicos clínicos generalistas.

A amostra foi constituída pelas fichas de atendimento de urgência de indivíduos adultos que procuraram o PA, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2011, perfazendo o total de 93.283 atendimentos. O tamanho da amostra foi calculado a partir do número de atendimentos realizados no ano 2011. Considerou-se margem de erro de 5% e nível de confiança de 95% e

20% de perdas. Para a seleção da amostra utilizou-se a técnica de amostragem aleatória, no qual foi sorteado pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) o número da primeira ficha sorteada (número 191), após o intervalo calculado de 194. Nesse sentido, foi coletada a ficha 385 e, assim, sucessivamente.

A coleta de dados foi realizada pelos próprios pesquisadores no período de dezembro de 2011 a junho de 2012, utilizando instrumento desenvolvido com base nos dados constantes das fichas de atendimento de urgência, e foram utilizadas as seguintes variáveis: perfil do usuário (sexo e faixa etária), período do dia que o usuário foi atendido, considerando os atendimentos registrados entre 6 e 12 horas, 12 e 18 horas, 18 e 24 horas e 24 e 6 horas, como manhã, tarde, noite e madrugada, respectivamente; dias da semana, bairro onde mora, de acordo com a área de abrangência do serviço; desfechos dos casos após consulta médica (alta, observação na unidade, encaminhamentos para outros serviços (UBS e ambulatórios de especialidades), regulação para serviços de maior complexidade e densidade tecnológica), e o perfil de morbidade, classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)⁽¹²⁾ e com base nos Capítulos dessa. A variável de desfecho foi a adequação ou inadequação da demanda.

As fichas de atendimento de urgência foram emitidas pelo sistema Hygia que consiste no principal instrumento de processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município. Embora houvesse registros dos atendimentos, esses dados não eram processados no sistema, por isso a análise das fichas foi manual.

Para a classificação da demanda quanto à adequação ou inadequação, foi considerado o papel assistencial desse serviço na rede, em concordância com a Política de Atenção às Urgências⁽⁹⁾, sendo considerado adequadas às seguintes condições:

- casos referenciados - para adequação desses casos considerou-se a organização do município, admitindo-se que os casos encaminhados são provenientes da indisponibilidade de recursos humanos ou tecnológicos nos serviços com densidade tecnológica de menor complexidade;

- casos encaminhados a serviços hospitalares - cujo desfecho da assistência implicou no encaminhamento para a internação hospitalar, considerando a necessidade de recursos tecnológicos de maior complexidade nesses serviços;

- utilização de tecnologias diagnósticas e/ou terapêuticas não disponíveis na atenção básica - como, por exemplo, os exames radiológicos em caráter de urgência, exames laboratoriais em caráter de urgência, administração de terapias endovenosas com necessidade de observação clínica, realização de suturas ou drenagens, realização de eletrocardiograma, monitoramento de frequência cardíaca e saturação de oxigênio por uso de monitor cardíaco e oxímetro de pulso.

Após a coleta de dados, a demanda atendida foi classificada em adequada ou inadequada seguindo os critérios estabelecidos. A classificação da morbidade foi baseada na CID, pois essa é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa padronizar a codificação de doenças. Para a classificação da CID, os casos foram classificados seguindo os critérios padronizados, de acordo com os dados registrados na ficha de atendimento, preenchida pelos médicos, definindo os diagnósticos médicos encontrados nas fichas de atendimento, com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente no momento do atendimento. Identificou-se dificuldade para a coleta de dados referente, principalmente, ao preenchimento completo da história clínica e ao diagnóstico médico, bem como das condutas adotadas pelo médico.

Para a análise dos dados, foi construída uma planilha eletrônica Excel, sendo realizada dupla digitação e após validação dos dados os mesmos foram processados e analisados por meio do SPSS versão 17.0. Na análise dos dados, foi empregada estatística descritiva e a associação entre a adequação da demanda e as variáveis de interesse foram testadas utilizando-se o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de $p < 0,05$.

Este estudo compõe o projeto intitulado: A integralidade do cuidado no atendimento de urgência e emergência em unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP,

Protocolo nº1308/2011, conforme as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Para este estudo não se utilizou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de dados secundários.

RESULTADOS

O perfil e a adequação da demanda de adultos atendidos no PA estão apresentados na Tabela 1. Apenas uma pequena parcela dos atendimentos analisados correspondeu à adequação do caso, de acordo com o papel assistencial e a densidade

tecnológica do PA, visto que, do total das 477 fichas de atendimento analisadas, identificou-se que 71,5% dos atendimentos a mulheres e 63,8% a homens foram considerados inadequados, e os indivíduos na faixa etária dos 40 a 49 anos tiveram maior proporção (77,1%).

A demanda do serviço foi constituída por 97,7% dos atendimentos por usuários que buscaram atendimento de PA motivados própria iniciativa, e a minoria (2,3%) foi referenciada por serviços da rede assistencial, sendo que 1,9% foi pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e em apenas 0,4% pela UBS e USF.

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos de adultos, segundo adequação da demanda, sexo, faixa etária, período de atendimento e dia da semana, bairro de abrangência. UBDS do distrito oeste, Ribeirão Preto, SP, 2012

Adequação da demanda	Adequadas		Inadequadas		Total n	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	73	28,5	183	71,5	256	0,073
Masculino	80	36,2	141	63,8	221	
Faixa etária (em anos)						
< 20	10	30,3	23	69,7	33	0,101
20-29	41	36,0	73	64,0	114	
30-39	22	26,8	60	73,2	82	
40-49	16	22,9	54	77,1	70	
50-59	30	44,1	38	55,9	68	
> ou = 60	34	30,9	76	69,1	110	
Período do atendimento						
Madrugada	22	56,4	17	43,6	39	0,007
Manhã	55	30,2	127	69,8	182	
Tarde	49	31,2	108	68,8	157	
Noturno	27	27,3	72	72,7	99	
Dia da semana						
Dias úteis	103	29,6	245	70,4	348	0,057
Fim de semana	50	38,8	79	61,2	129	
Bairros de abrangência						
Sim	116	30,6	263	69,4	379	0,151
Não	31	38,8	49	61,3	80	

Foram encontrados altos percentuais (acima de 60%) de não adequação em todas as faixas etárias.

Identificou-se que as pessoas procuravam os serviços de PA para a solução de seus problemas de saúde, independentemente da sua gravidade. Tal resultado aponta a preferência da população pelo uso desse, como acesso ao serviço e resolução da sua necessidade de saúde.

O período da madrugada foi o que apresentou maior adequação da demanda (56,4%) e o da noite o de menor adequação (27,3%). Houve

diferença estatisticamente significativa entre o total de casos atendidos e o período do atendimento ($p < 0,007$).

De maneira geral, a procura foi maior nos dias da semana (73,0%), entretanto, verificou-se maior proporção de atendimentos adequados nos fins de semana (38,8%). A procedência dos usuários atendidos, na maioria (79,5%) era de bairros da área de abrangência da unidade distrital de saúde que compõe o distrito oeste do município. Identificou-se, ainda, que 16,8% dos casos era de indivíduos moradores pertencentes a

outro distrito de saúde e em 3,8% esta informação não estava anotada na ficha de atendimento.

Quanto ao perfil de morbidade (Tabela 2), identificou-se que as morbidades relacionadas aos Capítulos XV, XX, IV e IX tiveram maior percentual de adequação e referem-se aos casos de hiperglicemia, dor precordial e suspeita de infarto agudo do miocárdio e pacientes em situação de trauma e, os casos classificados como inadequados referem-se aos Capítulos VIII, XI, X e XIII, relacionados às situações sensíveis de serem resolvidas na atenção básica, como infecção de ouvido, distúrbios

gastrointestinais como diarreia, sintomatologia da gripe e dor osteomuscular (lombalgia).

A maioria dos casos (90,8%) teve como desfecho a alta após o atendimento médico, ou seja, não necessitou de continuidade da assistência quanto ao agravo que gerou o atendimento, 19 (4,0%) foram encaminhados para ambulatórios de especialidades, 19 (4,0%) para hospitais gerais, 1 (0,2%) foi a óbito e apenas 5 (1,0%) para a UBS de origem, demonstrando a falha na comunicação entre esses serviços e a UBDS estudada, contribuindo para a não adesão ao tratamento e descontinuidade no cuidado.

Tabela 2 - Distribuição dos boletins de atendimento de usuários selecionados na amostra, segundo (Capítulos) da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁽¹²⁾ e adequação da demanda. UBDS do distrito oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2012.

Capítulo	Descrição	Total	Adequado		Inadequado	
			n	%	n	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	57	40	70,2	17	29,8
II	Neoplasmas [tumores]	1	1	100	0	0
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	-	-	1	100
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9	7	77,8	2	22,2
V	Transtornos mentais e comportamentais	9	3	33,3	6	66,7
VI	Doenças do sistema nervoso	7	1	14,3	6	85,7
VII	Doenças do olho e anexos	12	2	16,7	10	83,3
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	4	-	-	4	100
IX	Doenças do aparelho circulatório	19	14	73,7	5	26,3
X	Doenças do aparelho respiratório	73	6	8,2	67	91,8
XI	Doenças do aparelho digestivo	26	1	3,8	25	96,2
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	3	30	7	70
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	39	-	-	39	100
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	11	-	-	11	100
XV	Gravidez, parto e puerpério	1	1	100	-	-
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	9	4	44,4	5	55,6
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	35	25	71,4	10	28,6
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	24	23	95,8	1	4,2
	Não informados	130	22	16,9	108	83,1
	Total	477	153	100	324	100

DISCUSSÃO

A não adequação da demanda em serviços de PA também foi relatada em um estudo que avaliou o perfil de usuários de serviços de urgência de média complexidade⁽⁵⁾, bem como serviços de urgência hospitalares adulto⁽¹³⁾ e pediátrico⁽¹⁴⁾.

Tal resultado indica que o PA estudado funciona como um serviço de urgência de média complexidade, mas, também, de atendimento a situações passíveis de serem acolhidas, resolvidas e acompanhadas pela atenção básica, o que pode sugerir uma não adesão de grande parte da população às ações e serviços das UBS.

Apesar da ênfase dada ao processo de reorientação do modelo assistencial e da

definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, historicamente têm demonstrado preferência por prontos-socorros e hospitais, o que implica a necessidade de incluí-lo, também, na discussão sobre o processo de reorientação do modelo assistencial⁽¹⁵⁾.

A concepção e organização do sistema de saúde como pirâmide, adotada desde a década de 1990, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, ainda não conseguiu resultado satisfatório às necessidades da população. Ressalta-se a inadequada relação entre a oferta e a demanda de serviços, pois a produção de cuidados, a cobertura assistencial, bem como a complementariedade e integração das ações nas unidades de saúde são insuficientes⁽¹⁶⁾.

Como proposta de reorganização desse modelo, alguns autores defendem que seja mais inclusiva a proposta de múltiplas portas de entrada ao sistema de saúde, em que o usuário tem acesso em tempo e espaço adequados a ele, utilizando-se da tecnologia apropriada à sua necessidade, seja na UBS, no PA ou em um hospital, considerando que a inflexível definição de porta de entrada do sistema pela atenção básica, tendo como referência territorial, não promove a inclusão, mas, pelo contrário, dificulta seu acesso⁽¹⁵⁾.

A análise dos atendimentos dos usuários na busca pelo atendimento no PA revelou que na maioria dos casos poderia ter sido resolvida na rede básica de saúde (UBS/USF), considerando que nesse nível de atenção seria possível proporcionar diferentes ofertas de cuidado, aumentando a resolutividade clínica para além da medicalização baseada em intervenções imediatas com foco na queixa/condução para a lógica usuário centrada com maior capacidade de cuidado⁽¹⁶⁾. Entretanto, barreiras ao acesso como o horário e vagas restritos ou inadequados de consulta, indefinição dos critérios de urgência, demora no atendimento, desorganização do sistema de referência e contrarreferência constituem em aspectos que favorecem a manutenção da utilização dos serviços de PA pela população para a resolução das suas necessidades de saúde^(10,15).

Ademais, é importante ressaltar que o atrativo de unidades com mais equipamentos e complexidade pode ser também um dos motivos de

procura dos PA em substituição ao uso das UBS⁽¹⁷⁾.

A busca por esse tipo de serviço pela população requer reflexões sobre o modelo de atenção à saúde, e evidencia-se a necessidade de mudanças no modo de gestão e organização dos serviços de saúde, na perspectiva de redes de atenção, com vistas ao cuidado integral em saúde, o que requer o acolhimento dos usuários com quadros de urgência e emergência em todas as portas de entrada do SUS, de acordo com sua densidade tecnológica.

Nesse contexto, é fundamental melhorar o acesso e a resolutividade da rede básica de saúde, acolhendo o usuário de sua área adstrita em situações agudas, não previstas e não agendadas, com vistas ao acolhimento e atenção integral às necessidades de saúde da população.

Para a efetivação do princípio da integralidade em saúde é necessária a superação do entendimento da rede básica como sinônimo de equipe mínima, simplificada, com baixa resolutividade⁽¹⁷⁾, bem como um lugar burocrático e obrigatório para outros serviços⁽¹⁸⁾.

Identificou-se um perfil de morbidade bastante diverso na população atendida no serviço de urgência. Porém, observa-se demanda importante de casos de baixa gravidade e de queixas não urgentes atendidas no serviço. A adequação da demanda avaliada esteve relacionada principalmente aos casos de acidentes e traumas, e situações clínicas relacionadas aos casos de doenças do sistema cardiovascular e endócrino, tais como dor precordial, suspeita de infarto e hiperglicemia. Tal situação revela a complexidade do atendimento nesse serviço que atende demandas com perfis variados e que exige uma conduta e tecnologia diversificadas, com reflexos importantes na qualidade do atendimento prestado.

O acesso do usuário ao serviço é facilitado, e a maioria busca espontaneamente o PA visto que todos são atendidos, o que não significa garantia da resolutividade e da integralidade da atenção em saúde, considerando a baixa utilização da contrarreferência para outros serviços especializados e unidades básicas de saúde.

Identificou-se pouca comunicação entre a UBS e o PA, pois em apenas 0,4% dos casos foram referenciados pela equipe das UBS, característica de sistemas fragmentados de atenção à saúde⁽¹⁾.

Além disso, em termos de equidade e integralidade do cuidado em saúde identificaram-

se falhas, visto a inexistência do acolhimento com classificação de risco no serviço, o qual permite a priorização do atendimento aos pacientes com doenças graves ou com instabilidade de órgãos/sistemas, otimizando recursos, melhorando a qualidade da assistência, orientando o usuário para a resposta mais adequada à sua demanda naquele momento.

O atendimento no serviço tem como foco a queixa, desde o acolhimento do usuário no serviço até a consulta médica. A equipe de saúde atende no serviço dois tipos diferentes de demanda: os usuários em situação de emergência com risco iminente de vida e não urgentes.

Assim, como encontrado em um estudo com a população pediátrica, os serviços de PA e serviços de urgência/emergência, embora superlotados e impessoais, ainda se constituem como importantes portas de entrada no sistema de saúde, representando a possibilidade de realização imediata de consultas, procedimentos, exames complementares, aquisição de medicamentos e internação, se necessário⁽¹⁹⁾.

Para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde é necessária a reestruturação do modelo assistencial vigente piramidal e hierarquizado, possibilitando, assim, a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade. Nesse sentido, as unidades de PA não hospitalares são consideradas de complexidade intermediária entre as UBS/USF e a rede hospitalar, compondo uma rede de atenção às urgências⁽¹⁸⁾.

A falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência e indefinição de fluxos de referência e contrarreferência, bem como a não implementação de linhas de cuidado, são fatores que limitam o funcionamento do serviço de saúde na perspectiva de rede⁽¹⁹⁾.

A compreensão da atenção básica como uma das portas de entrada na rede de atenção às urgências implica a necessidade de os gestores desses serviços implementarem o acolhimento como um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho⁽¹⁸⁾. Além disso, outro aspecto bastante importante refere-se à acessibilidade, confiabilidade e resolutividade da atenção básica, pois alguns autores apontam que a credibilidade nesses serviços tornam o acesso e o acolhimento

mais favoráveis, contribuindo, assim para uma demanda espontânea⁽¹⁵⁾.

Para o atendimento da demanda espontânea, os gestores devem proporcionar condições estruturais e a equipe de saúde deve ser capacitada, pois a mesma deve estar preparada para o atendimento da demanda espontânea, principalmente para os casos de usuários com problemas crônicos de saúde, em episódios de agudização e urgência de menor gravidade e, ainda, nas situações de emergência prestar o primeiro atendimento iniciando as manobras de suporte básico e acionar o serviço de remoção para outro serviço de maior complexidade para que haja a continuidade do atendimento^(20,21).

Observou-se que o atendimento nesse serviço de urgência e emergência é baseado na queixa/condução com foco no modelo biomédico. Além disto, observa-se fragilidade no sistema de contrarreferência para a atenção básica e, também, para os casos agudos que necessitam de reavaliação em curto tempo, ampliando, assim, o atendimento prestado para além da queixa. Esse tipo de funcionamento configura-se no sistema fragmentado “isolado” de outros serviços de saúde, sendo incapazes de prestar atenção contínua à população⁽²²⁾, fazendo com que o usuário após o atendimento recebido, busque sozinho a continuidade do seu atendimento⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, a busca por mecanismos de fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a operacionalização da rede de atenção às urgências, é fundamental conhecer a demanda e o perfil de morbidade da população atendida em serviços de atenção às urgências não hospitalares, possibilitando analisar as demandas e necessidades de saúde da população, bem como das ofertas e qualidade dos serviços e direcionar o planejamento das ações em saúde mais efetivas e equânimes, na busca para a efetivação da atenção integral à saúde.

Em geral, no pronto atendimento da UBDS estudada, a maioria dos atendimentos realizados são de baixa e média complexidade, fato evidenciado quando se obteve inadequação em 67,9% dos atendimentos. Verifica-se que esses serviços de porta aberta são de grande procura

pela população, mesmo quando os serviços da rede básica (UBS/USF) encontram-se em horários de funcionamento, no período da manhã e tarde.

Esse grau de inadequação, referente não somente à procura dos indivíduos, mas também com relação à complexidade das situações clínicas encontradas, refletem diretamente as superlotações nos pronto atendimentos, identificando a ineficiência e falhas na rede de atenção à saúde, cuja integralidade é deficitária, comprometendo o cuidado ao indivíduo.

Além disso, faz-se necessário melhorar a qualidade dos serviços ofertados, tanto nas UBS com o acolhimento das demandas não programadas ou espontâneas, bem como dos PA utilizando o sistema de referência e contrarreferência, na busca pela organização do fluxo do atendimento, comunicando e oferecendo referência aos usuários sobre qual local procurar quando determinada injúria acontecer.

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles os serviços

de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, como, também, aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Como limitação deste estudo aponta-se a realização do estudo utilizando dados secundários, que têm como dificuldade a lacuna de preenchimento do diagnóstico médico, condição clínica, e condutas adotadas, o que dificulta o conhecimento sobre o perfil de gravidade e a condição clínica do indivíduo, bem como da resolutividade e responsabilização do serviço com o usuário.

Destaca-se a necessidade de outros estudos que possam analisar a oferta dos serviços relacionados às demandas urgentes e o seu acolhimento na atenção básica do referido município, além de conhecer os motivos de procura, a utilização e a busca dos serviços de saúde na busca da resolução das suas necessidades de saúde na perspectiva do usuário.

ADEQUACY OF DEMAND AND MORBIDITY PROFILE ASSISTED AT A NON-HOSPITAL URGENT AND EMERGENCY CARE UNIT

ABSTRACT

The use and demand for non-hospital emergency services has been a major gateway to the National Health System (SUS). This study aimed to evaluate the adequacy of the demand of adults assisted in an emergency non-hospital service of a city in the interior of São Paulo state. Data were collected through medical records of urgency of adults who used the service during the year 2011. A descriptive and analytical analysis was performed on the reports of emergency care in 2011. The demand assisted was considered inadequate in 67.9% of the attendances; among women this percentage was 71%. Adequacy was associated with the *time of attendances*, with the highest demand considered inadequate in the morning and afternoon, period when the basic health units are functioning. As for the morbidity profile, it was identified that clinical cases considered urgent, also more sensitive situations the level of complexity of primary care, receive assistance. The knowledge of the use of health services can bring benefits to providing the most effective answers to the health needs of the population.

Keywords: Emergency medical services. Health services needs and demand. Health services evaluation.

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA Y PERFIL DE MORBILIDAD ATENDIDA EN UNA UNIDAD NO HOSPITALARIA DE URGENCIAS

RESUMEN

El uso y la demanda de los servicios no hospitalarios de urgencias han sido una importante vía de acceso al Sistema Único de Salud. Este estudio tuvo el objetivo de evaluar la adecuación de la demanda de los adultos atendidos en un servicio no hospitalario de urgencias de una ciudad del interior del estado de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de los registros médicos de urgencia de los atendidos durante el año de 2011. Fue realizado un análisis descriptivo y analítico de los registros de atendimento de la pronta atención, en el año de 2011. La demanda atendida fue considerada inadecuada en el 67,9% de los atendimientos, y entre las mujeres este porcentaje fue del 71%. La adecuación se asoció con el horario de atendimiento, siendo la mayor demanda considerada inadecuada en el período de la mañana y de la tarde cuando las unidades básicas de salud están funcionando. En cuanto al perfil de morbilidad, se identificó que son atendidos los casos clínicos considerados urgencias, pero también, las situaciones sensibles al nivel de complejidad de la atención primaria. El conocimiento del perfil de la utilización de los servicios de salud puede traer contribuciones para las respuestas a las necesidades de salud de la población más eficaces.

Palabras clave: Servicios médicos de urgência. Necesidades y demandas de servicios de salud. Evaluación de servicios de salud.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde colet.* 2010; 15(5): 2297-2305.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
3. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de 2009. Ribeirão Preto (SP); 2009.
4. Deslandes SF. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In.: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ); 2009. p.15-28.
5. Oliveira R. Adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil (dissertação). Londrina(PR): Universidade Estadual de Londrina; 2008.
6. Furtado, BMASM, Araújo Jr. JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(3):279-289.
7. Simons DA, Monlléo IL, Simons AS, Júnior Araújo JL. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10 (1):59-67.
8. Randow RMV, Brito MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. *Rev Rene* 2011; 12 esp: 904-912.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3a ed. ampl. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
10. Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Cienc. Cuid. Saude* 2010 jan-mar; 9(1):13-20.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [on-line]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. [citado 2013 fev 15]. Disponível em:<http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra>.
12. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Edusp – Editora da Universidade de São Paulo. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. v. 12. p. 1200.
13. Furtado, BMASM, Araújo Jr. JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(3):279-289.
14. Simons DA, Monlléo IL, Simons AS, Júnior Araújo JL. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. bras saúde matern infant.* 2010; 10(1): 59-67.
15. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc saúde colet.* 2009; 14(5):1930-1938.
16. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(1): 1-8.
17. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad saúde pública.* 2008, 24(9):2032-2042.
18. Ministério da Saúde (DF). Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF), 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. 1).
19. Erdman AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21esp:131-139.
20. Rose Meire Silva Rati, Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart, Cristina Gonçalves Alvim, Joaquim Antônio César Mota. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência saúde colet.* 2013, 18(12):3663-3672.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF); jul. 2011.*
22. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF); 2009.
23. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc cuid saúde.* 2008; 7(1): 65-72.

Endereço para correspondência: Renata Karina Reis. Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902. Email: rkreis@eerp.usp.br.

Data de recebimento: 13/11/2012

Data de aprovação: 13/06/2014