

Atendimento e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento do centro-norte do Estado de Goiás, Brasil

Service and demand in an Emergency Care Unit in the center-north of the State of Goiás, Brazil

Raiane Antunes Sampaio¹, Victor Hugo Cortes Soares²,
Vitória Gabriela Moura Lago², Lilhian Alves de Araújo^{3*}

¹ Universidade Federal de Goiás

² Universidade de Rio Verde

³ Faculdade de Enfermagem de Goianésia

Resumo: o objetivo desse estudo foi caracterizar o atendimento e demanda na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do interior do Centro-Norte de Goiás no período de 2016 a 2018. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva de caráter quantitativo, com coleta de dados secundários por meio de relatórios gerados do sistema de gestão em saúde – ICS. Os resultados indicam que 55,8% dos usuários atendidos na UPA são do sexo feminino e 44,2% do sexo masculino. Pode-se observar que durante os três anos analisados a maior demanda foi por atendimentos pouco urgente 59,3%, seguido de urgente 24,7%, não urgente 11,4%, muito urgente 4,3% e emergencial 0,2%. De forma geral, os dados apontam para uma UPA com poucos registros de encaminhamentos para outros serviços de saúde totalizando apenas 680 em três anos. Frente ao número considerável de casos pouco urgentes e não urgentes atendidos pela UPA do presente estudo, foi possível identificar que os usuários desconhecem sobre a estratificação de risco e a possibilidade ampla de atendimento satisfatório por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) em casos não graves.

Palavras-chave: Emergência. Urgência. Classificação de risco. Demanda.

Abstract: the purpose of this study was to describe the service of care and demand at the Emergency Care Unit in the north center of the state of Goiás from 2016 to 2018. It is cross-sectional, descriptive research with a quantitative character, based on data collected from ICS reports. ICS is the health management system used in Brazilian healthcare. The results indicate that 55.8% of the users that attended the Emergency Unit are female and 44.2% male. During this period (2016-2018) the highest demand was for low-risk urgent care (59.3%), followed by urgent (24.8%), non-urgent (11.4%), very urgent (4.3%), and emerging comorbidities (0.2%). Data indicates that the number of referrals from Emergency Units to other health services is not high, representing only 680 records in three years. Considering the number of low-risk urgent care and non-urgent cases treated by the Emergency Unit, it was possible to infer that users are unaware of the risk stratification and the broad possibility of satisfactory care through basic units at non-critical cases.

Keywords: Emergency. Urgency. Risk rating. Demand.

INTRODUÇÃO

Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal, um marco da redemocratização do país, estabelecendo as bases para o surgimento da Lei 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A implantação do SUS é um desafio que exige esforço entre as esferas de governo envolvendo a Gestão, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos. O empenho desses

segmentos é a base para a viabilização de ações e de serviços de caráter acolhedor, qualificado e resolutivo que permita avanços no acesso de forma organizada de todos os cidadãos a esse sistema².

Embora a Legislação do SUS não tenha tratado de forma direta da atenção às urgências, traz as competências dos gestores federal, estadual, municipal e dos

DOI 10.18224/evs.v4i1.8200

*Autor correspondente: lilhianalves@gmail.com

Recebido: abril, 2020 | Aceito: julho, 2021 | Publicado: janeiro, 2022



Este artigo está licenciado com uma Licença Creative Commons. Atribuição Sem Derivações 4.0 CC BY-NC-ND.

conselhos de saúde, dando autonomia para elaboração e implementação de normas técnicas e estratégias que apoie as diretrizes de igualdade de acesso, universalidade e integralidade de assistência¹.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são unidades intermediárias entre a atenção básica e atendimentos hospitalares especializados ou não, constituídas parte fixa do atendimento em urgência pré-hospitalar, um importante elemento no processo de reconfiguração da rede de atenção à saúde (RAS) no âmbito do SUS^{3,4,5}. A unidade em questão é classificada em três portes tendo como características a população do município e pactuação, número de leitos, área física, gestão de pessoas e capacidade diária de realizar atendimentos médicos⁶.

Devido aos impactos na atenção à saúde e indicadores de morbimortalidade, a atenção às urgências e emergências tem sido investigada em diversos países, inclusive no Brasil. Vários autores têm discutido o cuidado prestado nas urgências e emergências referenciando, principalmente, a gestão de superlotação que vêm sendo evidenciado há algum tempo pela academia e imprensa^{7,8}.

Em todo o Brasil, a grande demanda de atendimentos nos serviços de urgência e emergência é uma realidade que impede um fluxo assistencial efetivo, ocasionando entraves organizacionais. A causa principal desta desordem é a procura de pacientes com demanda não urgente por atendimentos de serviço de emergência⁵.

Os serviços que contemplam o nível de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser marcados pelo fácil acesso à população, oferta de ações voltadas à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento de patologias agudas além de controle e acompanhamento de patologias crônicas, ao contrário dos serviços de urgências que são marcados pelos atendimentos voltados a gravidade e que necessitam de maior investimento tecnológico^{9,10,11}.

Perante o exposto, o objetivo da pesquisa foi investigar o atendimento e demanda realizada na UPA de um município de Goiás, visando a melhoria do fluxo de atendimento entre a atenção primária e os serviços de urgência e emergência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva de caráter quantitativo, com coleta de dados secundários. A pesquisa foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do Estado de Goiás pertencente

à macrorregião Centro-Norte do estado, que por sua vez é composta por 60 municípios e cinco regionais de saúde: Regional de Saúde Pireneus, Regional de Saúde São Patrício I, Regional de Saúde São Patrício II, Regional de Saúde Serra da Mesa e Regional de Saúde Norte.

A pesquisa foi realizada com acesso ao banco de dados gerado pelo Sistema de Gestão em Saúde – ICS, utilizado nos atendimentos aos usuários do serviço de emergência do município, o qual possui função para cadastro, classificação de risco e atendimento médico. Neste estudo, foi realizada a busca do quantitativo de pacientes classificados na unidade no período de 2016 a 2018, bem como o status de classificação, registro de encaminhamento e sexo dos usuários.

Os resultados obtidos por meio do ICS, foram tabulados utilizando o Software Microsoft® Office Excel, para obtenção do cálculo de frequência absoluta e percentual, posteriormente, foi realizada a análise estatística descritiva.

Se tratando de uma pesquisa com dados secundários, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), porém, este estudo obedece a normativa da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A identificação da instituição foi mantida em sigilo, bem como os participantes da pesquisa, obedecendo os aspectos éticos e científicos preconizados.

RESULTADOS

No triênio de 2016 a 2018, foi realizada na UPA do presente estudo 103.231 atendimentos, entre adultos e crianças. A tabela 1, apresenta a quantidade de atendimentos de acordo com o sexo. Os resultados indicam que 55,8% dos usuários atendidos na UPA são do sexo feminino e 44,2% do sexo masculino. Em relação a progressão durante os anos analisados, 2016 apontou 20% dos atendimentos totais, 2017 e 2018 com 27,9% e 52,1% respectivamente. Observa-se que durante todos os anos predominou-se atendimentos para o sexo feminino. Correspondendo a 57.593 atendimentos ao público feminino e 45.638 atendimentos aos homens. Sendo 2018 o ano com maior quantidade de atendimento para ambos os sexos considerando todos os anos.

Tabela 1: Total de homens e mulheres com entrada e classificação de risco na UPA de um município em Goiás nos anos de 2016 a 2018

	Pacientes em 2016	Pacientes em 2017	Pacientes em 2018	Total de pacientes
Masculino	9099 (8.8%)	12470 (12.0%)	24069 (23.3%)	45638 (44.2%)
Feminino	11515 (11.1%)	16295 (15.8%)	29783 (28.8%)	57593 (55.8%)
Total	20614 (19.9%)	28765 (27.8%)	53852 (52.1%)	103231 (100%)

Fonte: ICS (2019).

Pode-se observar que durante os três anos a maior demanda foi por atendimentos pouco urgentes 59,3%, seguido de urgente 24,8%, não urgente 11,4%, muito urgente 4,3% e emergencial 0,2%. Nesse mesmo período, os números de atendimentos classificados em urgência e emergência na unidade corresponderam a 29,1% do total de serviços prestados e os classificados em pouco urgente e não urgente a 70,4%. sendo 2018 o ano com maior quantitativo de atendimentos pouco urgente (32,8%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Número de classificações conforme protocolo Manchester na UPA do interior de Goiás nos anos de 2016 a 2018

	Classificação de risco em 2016	Classificação de risco em 2017	Classificação de risco em 2018	Total de classificações 2016 a 2018.
Emergência	131(0.1%)	24 (0.01%)	20 (0.2%)	175 (0.2%)
Muito urgente	1930 (1.9%)	1031(1%)	1454 (1.4%)	4415 (4.3%)
Urgente	7637 (7.4%)	7063 (6.8%)	10870(10.5%)	25570 (24.8%)
Pouco urgente	10176 (9.9%)	17281(16.7%)	33810 (32.8%)	61267 (59.3%)
Não Urgente	740 (0.7%)	3366 (3.3%)	7698 (7.5%)	11804 (11.4%)
Total Geral	20614 (20%)	28765 (27.8%)	53852 (52.2%)	103231 (100%)

Fonte: ICS (2019).

Quanto aos registros de encaminhamento para outros serviços de saúde, foram encontrados via sistema ICS, 680 registros de encaminhamento em três anos. Desse modo, apresentou ao longo dos anos analisados, 63 (0.1%) pacientes pouco urgentes e 452 (3.8%) não urgentes com registro de encaminhamento. No que se refere aos casos mais graves, de 175 pacientes classificados e registrados como emergenciais, 10 (5.7%) foram encaminhados e dos 4.415 (2,3%) muito urgentes, 18 (0,4%) foram encaminhados, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Correlação entre o total de pacientes classificados e encaminhados na UPA do interior de Goiás nos anos de 2016 a 2018

Perfil da classificação	Nº de pacientes classificados no triênio 2016 a 2018 (%)	Nº de Encaminhados no triênio 2016 a 2018 (%)
Emergência	175 (0.2%)	10 (5.7%)
Muito Urgente	4415 (4.3%)	18 (0.4%)
Urgente	25570 (24.8%)	137 (0.5%)
Pouco Urgente	61267 (59.3%)	63 (0.1%)
Não Urgente	11804 (11.4%)	452 (3.8%)
Total Geral	103231 (100%)	680 (10.5%)

Fonte: ICS (2019).

DISCUSSÃO

Foi evidenciado por meio deste estudo 11.6% a mais de pacientes do sexo feminino nos serviços da UPA em questão (Tabela 1). Ao buscar na literatura, foram encontrados estudos relacionados à historicidade da masculinidade, formação sócio-cultural e categorização do gênero. Conforme enfatizado por Welzer-Lang (2001)¹², as relações são divididas em modelos naturalistas, sendo que, em situações específicas os homens tendem a ser prisioneiros de si por construção comunitária, levando-os a comprometer até mesmo a saúde para provar a virilidade.

Diversas pesquisas apontam para o maior número de adoecimento e mortes na população masculina em comparação com a feminina. Contudo, a despeito das taxas de morbimortalidade serem significativamente superiores em homens, é visível que são os menores usuários dos serviços de atendimento primário à saúde^{13,14,15}.

Assim, é possível relacionar o menor número de homens no serviço emergencial ao perceber que a grande maioria dos casos seriam destinados a APS e que estes, homens, são os menores frequentadores da atenção básica, além de corresponderem a menor população brasileira quando relacionado ao sexo, pois, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, a população brasileira é composta por 51,7% de mulheres e 48,3% de homens¹⁶.

Por este estudo, infere-se que a maioria dos atendimentos na UPA, cerca de 70%, são caracterizados como pouco urgentes (59.3%) e não urgentes (11.4%) no período analisado (Tabela 2). Ao examinar o perfil de atendimento, observa-se um requerimento não condizente com o nível de atenção da unidade emergencial, em razão de uma diligência aumentada de pacientes crônicos que deveriam ser acolhidos na atenção primária em detrimento aos pacientes agudos ou em condições crônicas agudizadas.

O que corrobora com o estudo de Ribeiro et al. (2014)¹⁷, ao evidenciar que no país, 90% dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência correspondem a casos clínicos de baixa complexidade, que em sua grande maioria, poderiam ser tratados na porta de entrada da rede de atenção à saúde, correspondente APS, enquanto apenas 10% se enquadra em reais urgências.

Tal fato justifica-se pela falha em outros pontos da rede de atenção, vezes por falta de profissionais, me-

dicações, de estrutura e outrossim pelo não conhecimento dos pacientes em relação aos níveis de atenção à saúde, que faz com que esses pacientes crônicos busquem atendimento na unidade emergencial^{18,19}.

Essa busca dos usuários pouco e não urgentes pelos serviços de saúde vai de acordo com a visão do próprio paciente em relação ao que necessita, por vezes, soluções rápidas, exames e medicações contradizendo a lógica estabelecida pelo sistema de saúde. Dessa forma, é observado um confronto entre os pacientes, os quais exigem assistência, e os profissionais, os quais obedecem ao protocolo¹⁸.

A circunstância acima também pode se fundamentar no desconhecimento por parte dos usuários, que não compreendem o ACCR e os critérios da classificação de risco. Nota-se que existe falta de diálogo nesse serviço para elucidação sobre os critérios supracitados entre os profissionais e usuários, gerando muitas vezes revolta e sentimento de exclusão por parte dos pacientes²⁰. Consequentemente, sucede-se um esgotamento físico e emocional dos profissionais de saúde e dos pacientes devido à elevada demanda e reclamações dos usuários, transfigurando-se um clima instável, com alto índice de estresse e desentendimentos²¹.

No serviço de emergência são adotados protocolos para que os fluxos de referência e contrarreferência ocorram de forma efetiva dentro da rede⁴. De forma geral, os dados apontam para uma UPA com cenário de poucos registros de encaminhamento para outros serviços de saúde, observado pela alta demanda de pacientes pouco urgentes 6.1267 (59,3%) e não urgentes 11.804 (11,4%), em detrimento a baixa quantidade daqueles que foram encaminhados 680 registros em três anos (Tabela 3) pela articulação entre UPA e demais níveis de atenção, fato que não condiz com o preconizado na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁴, evidenciado pela articulação pouco eficiente entre APS e UPA.

Assim, alguns estudos consideram que a referência e contrarreferência é expressada como um gargalo na Rede de Atenção às Urgências (RAU) com fragilidade na APS, que corresponde a uma falta de integração na rede^{22,23}. Quando observado valores referentes aos casos de menor urgência que poderiam ter resolutividade na APS como casos classificados como pouco urgentes e não urgentes, o estudo sugere e justifica uma provável causa para superlotação na unidade emergencial, ao passo que apresentou ao longo dos anos anali-

sados apenas 63 (0.1%) pacientes pouco urgentes e 452 (3.8%) não urgentes com registro de encaminhamento.

Em um estudo realizado em uma UPA da região sul do Brasil, foi observado que números elevados de pacientes considerados não urgentes pelo quadro clínico apresentado, aumentou significativamente o tempo de espera para consulta médica, o que contribui para superlotação e leva a inquietação dos pacientes²⁴.

Quando existem protocolos pactuados entre os gestores, existe também a execução efetiva no âmbito da referência e contrarreferência. Porém, quando esta não existe, ou acontece de forma inadequada, a assistência em sua continuidade fica comprometida, podendo resultar na superlotação do serviço de emergência aumentando consideravelmente o tempo de espera e insatisfação dos pacientes e profissionais²².

No que se refere aos casos mais graves, de 175 pacientes classificados e registrados como emergenciais no triênio, 10 (5,7%) foram encaminhados. O que pode indicar subnotificação no sistema utilizado na UPA investigada, uma vez que quadros emergentes necessitam de referência para outros serviços de nível secundário e terciário à saúde.

Realizada análise das dimensões donabedianas (Estrutura, Processo, Resultado) em estudo desenvolvido em uma UPA de Santa Catarina, foi verificado que os itens como treinamento periódico, relação entre liderança e liderados, conhecimento das condutas do

acolhimento e discussão sobre fluxogramas apresentou baixo nível de satisfação por parte dos profissionais investigados, indicando fragilidade em todo o processo do ACCR²².

Assim, é vista uma grande necessidade de tornar as propostas do ACCR conhecidas por todos os profissionais envolvidos de alguma forma nesse processo que resultará em encaminhamento adequado do paciente²⁵. Para tanto, é preciso criar relações de diálogo entre gestores e RAU, com a pactuação de serviços e fluxos de referência e contrarreferência.

Diante do número considerável de casos pouco urgentes e não urgentes atendidos pela UPA, verifica-se que há necessidade de uma melhor atuação na promoção de saúde para esclarecimento da população acerca da classificação de risco, cumprindo o princípio organizacional do SUS de controle social, assim, haverá a redução significativa de procura assistencial básica em um serviço de maior densidade tecnológica, o que garante um melhor fluxo e qualidade de atendimento.

Os resultados deste estudo contribuem para a equipe, assim como para a gestão local e municipal, com possibilidades para melhorias no ACCR e uma maior observação para organização dos registros gerados pelo sistema ICS. Este estudo sugere, a execução de futuras pesquisas utilizando dados qualitativos, que podem auxiliar na compreensão das informações aqui destacadas, auxiliando assim, nas mudanças organizacionais na UPA.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, CONGRESSO NACIONAL 1990. Lei 8080/90. Diário Oficial, 9 de setembro.
2. FREIRE, A. B., FERNANDES, D. L., MORO, J. S., KNEIPP, M. M., CARDOSO, C. M. & LIMA, S. B. S. 2015. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Revista de Saúde Santa Maria*, 41: 195-200.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008. Portaria nº 2.922. de 2 de dezembro. Diário Oficial. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011. Portaria nº 1.600, de 7 de julho. Diário Oficial. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.
5. MENDES, E. V. 2011. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
6. KONDER, M. T. & O'DWYER, G. 2015. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25:525-545.
7. FORTE, E. C. N, PIRES, D. E. P., MARTINS, M. M. F. P. S., PADILHA, M. I. C. S., SCHNEIDER, D. G., TRINDADE, L. L. 2019. Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 53:1-7.

8. BITTENCOURT, R. J. & HORTALE, V. A. 2009. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. saúde pública*, 25:1439-1454.
9. COELHO, C. F. C. & STEIN, A. T. 2016. Acolhimento com Classificação de Risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18:112-120.
10. REHEM, T. C. M. S. B. & EGRY, E. Y. 2011. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16:4759-66.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília.
12. WELZER-LANG, D. 2001. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, 9:460-82.
13. FIGUEIREDO, W. 2005. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10:105-9.
14. LAURENTI, R., MELLO-JORGE, M. H. P. & GOTLIEB, S. L. D. 2005. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10:35-46.
15. PINHEIRO, R. S., VIACAVA, F., TRAVASSOS, C. & BRITO, A. S. 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:687-707.
16. BRASIL, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO (PNAD). 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2020.
17. RIBEIRO, R. M., CESARINO, C. B., RIBEIRO, R. C. H. M., RODRIGUES, C. C. & BERTOLIN, D. C. 2014. Caracterização do Perfil das Emergências Clínicas no Pronto-atendimento de um Hospital de Ensino. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18:533-538.
18. RATES, H. F., ALVES, M. & CAVALCANTE, R. B. 2016. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20:969.
19. OLIVEIRA, G. N. 2011. Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19:548-556.
20. LACERDA, A. S. B., SAUTHIER, M., PAES, G. O. & TEIXEIRA, E. R. 2019. Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72:1496-1503.
21. RONCALLI, A. A., OLIVEIRA, D. N., SILVA, I. C. M., BRITO, R. F. & VIEGA, S. M. F. 2017. Protocolo de Manchester e População Usuária na Classificação de Risco: Visão do Enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31:1-10.
22. HERMIDA, P. M. V., NASCIMENTO, E. R. P., ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E., BRÜGGEMANN, O. M. & MALFUSSI, L. B. H. 2018. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52:03318.
23. INOUE, K. C., BELLUCCI JÚNIOR, J. A., PAPA, M. A. F., VIDOR, R. C. & MATSUDA, L. M. 2015. Evaluation of quality of risk classification in emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28:420-425.
24. DURO, C. L. M., LIMA, M. A. D. S., LEVANDOVSKI, P. F., BOHN, M. L. S. & ABREU, K. P. 2014. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15:447-454.
25. WEYKAMP, J. M., PICKERSGILL, C. S., CECAGNO, D., VIEIRA, F. P. & SIQUEIRA, H. C. H. 2015. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16:327-336.