

Perfil dos usuários e motivos de atendimentos em serviços não hospitalares fixos de urgência e emergência

The profile of users and reasons for attending in urgent and emergency non-hospital services

Perfil de los usuarios y de los motivos de la atención prestada en los servicios no hospitalarios fijos de urgencia y emergencia

Paloma de Brito Santos^{1*}, Tamires Pimentel Vieira Santos¹, Patricia Reis Alves dos Santos¹.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil dos usuários e os motivos de procura por serviços não hospitalares fixos de urgência e emergência em um município paulista. **Métodos:** Estudo com abordagem quantitativa, transversal e descritivo. Foram analisadas 410.977 fichas de atendimento referentes ao ano de 2017, coletadas dos registros do Sistema de Prontuário Eletrônico, por meio do software *R (R Core Team)*. **Resultados:** Verificou-se o seguinte perfil de usuários: mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, que buscam por atendimento principalmente durante os dias da semana e nos períodos matutino e vespertino. Os motivos mais prevalentes de procura foram queixas agudas relacionadas ao sistema respiratório e reavaliação com exames. Foram classificados com baixo risco de gravidade 95,71% dos atendimentos. **Conclusão:** Neste estudo evidenciou-se que o perfil dos usuários nos SUE não hospitalares investigados, é predominantemente do sexo feminino e adultos jovens, tendo como maior procura por atendimento no início da semana, por queixas respiratórias e reavaliação de exames. Destaca-se a alta prevalência de atendimentos de baixa complexidade demonstrando os desafios em relação ao papel proposto e o de fato exercido pelos SUE na RAU, assim como às dificuldades de articulação entre os componentes.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência, Necessidades e demandas de serviços de saúde, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the profile of users and the reasons for searching for an urgent and emergency fixed non-hospital services in a city in São Paulo' state. **Methods:** Study with a quantitative, transversal, and descriptive approach. 410,977 service records for the year 2017 were analysed and collected from the records of the Electronic Health Record System, using the *R Core Team* software. **Results:** Young women are the majority in the profile of users that was found, aged 20 to 29 years, which search for care mainly during the days of the week between morning and afternoon periods. The most prevalent reasons for searching were acute complaints related to the respiratory system and reassessment with examinations. 95.71% of the cases were classified as having a low risk of seriousness. **Conclusion:** This study, it was presented that the profile of users in the non-hospital SUE investigated, is predominantly female and young adults, with the greatest demand for care at the beginning of the week, for respiratory complaints and reassessment of exams. The high prevalence of low complexity care is highlighted demonstrating the challenges in relation to the proposed role and in fact played by the SUE in the RAU, as well as the difficulties of articulation between the components.

Keywords: Emergency medical services, Health services needs and demand, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil de los usuarios y los motivos de búsqueda en servicios no hospitalarios fijos de urgencia y emergencia, en una ciudad del estado de San Pablo, Brasil. **Métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo. Se analizaron 410.977 archivos de atención, del período de 2017, recogidos por medio de registros del "Sistema de Prontuário Eletrônico", a través de software *R Core Team*.

¹ Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), Franca - SP. *E-mail: palomadbrito@outlook.com

Resultados: Se verificó que la población fue, en su mayoría, mujeres jóvenes entre 20 y 29 años. Gran parte de la atención ocurrió de lunes a viernes, por la mañana y por la tarde. Los motivos más predominantes de consulta han sido quejas agudas relacionadas al sistema respiratorio y reevaluación de exámenes. El 95,47% de clasificación de riesgo considerado de gravedad baja. **Conclusión:** En ese estudio se ha evidenciado que el perfil de los usuarios nos SUE no hospitalarios investigados, es predominantemente del sexo femenino y de adultos jóvenes, teniendo como mayor demanda por atención en el comienzo de la semana, por dificultades respiratorias y reevaluación de exámenes. Se destaca la alta prevalencia de atención de baja complejidad demostrando los desafíos en cuanto al rol propuesto y el real desempeñado por el SUE en RAU, así como las dificultades de articulación de los componentes.

Palabras-clave: Servicios médicos de urgencia, Necesidades y demandas de servicios de salud, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O acolhimento e a atenção às situações de urgências e emergências devem ocorrer em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender os usuários em suas diferentes necessidades de saúde (BRASIL, 2013). Para a organização dos fluxos assistenciais, na lógica da configuração da Rede de Atenção às Urgências (RAU), devem ser incluídas ações constituídas pela promoção, prevenção e vigilância à saúde, estruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), salas de estabilização, força nacional de saúde do SUS, Atenção Hospitalar, Atenção Domiciliar, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas (BRASIL, 2011).

O componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Serviços de Urgência 24h são um conjunto de Serviços de Urgência e Emergência (SUE) não vinculados a um hospital, mais comumente conhecidos como Prontos-Socorros (BRASIL, 2011). São consideradas estruturas de complexidade intermediária entre a APS e as emergências hospitalares e funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana. A implantação dessas unidades foi regulamentada pela Portaria 2.048, em 2002, com o objetivo de descentralizar os atendimentos de urgência de baixa e média complexidade e, por conseguinte, reduzir a demanda e a sobrecarga nos hospitais de maior porte (BRASIL, 2002; RANDOWN RMV, et al., 2015).

Apesar de instituídos, os fluxos assistenciais ainda não se tornaram realidade. Além disso, embora a APS esteja estruturada como primeiro nível de atenção, e deva se responsabilizar também por uma parcela do atendimento às situações de urgência, o que observamos na prática é a procura pelos SUE não hospitalares como porta de entrada principal ao sistema. Essa situação é preocupante, pois contribui para a superlotação dessas unidades (LUDWIG MLM e BONILHA ALL, 2003; RANDOWN RMV, et al., 2015).

A problemática da superlotação nos SUE é presente não apenas nos serviços públicos ou no contexto brasileiro, mas em todo o mundo, inclusive em países desenvolvidos. Ressalta-se que a sobrecarga nesses serviços compromete a qualidade e resolubilidade do cuidado em saúde (CARTER EJ, et al., 2014; O'DWYER GO, et al., 2009).

Diante deste cenário, em que a demanda excede a capacidade funcional do serviço, torna-se primordial a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), a fim de diminuir os riscos ou graus de sofrimento em comparação com o critério de ordem de chegada dos atendimentos utilizado antigamente (SACOMAN TM, et al., 2019). O AACR não é um instrumento de diagnóstico de doença, mas uma forma de hierarquizar e individualizar o atendimento, nos diferentes serviços de saúde e não somente nos serviços de urgência. Trata-se de uma medida importante, pois garante a efetivação de um modelo de atenção centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, o que possibilita maior segurança aos pacientes e à equipe de saúde (BRASIL, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propõe a adoção do Protocolo de AACR, baseado na queixa principal dos usuários e na avaliação da equipe de saúde para estratificação de risco, utilizando-se de cores para definir a prioridade e o tempo de espera para o atendimento médico. Sendo assim, utiliza-se a cor Vermelha para casos classificados como emergenciais, que necessitam de atendimento imediato, ou seja, risco de

morte iminente; Amarela, para casos de urgência, com elevado risco de morte; Verde, casos que necessitam de atenção, mas pouco urgentes; e Azul, para casos não urgentes (BRASIL, 2009; SACOMAN TM, et al., 2019; PAGLIOTTO LF, et al., 2016).

Assim, o AACR auxilia na reorganização das portas de urgência e possibilita a priorização das urgências propriamente ditas, uma vez que a procura por atendimentos com foco central em queixas momentâneas tem sido observada nesses serviços. Atribui-se este perfil de procura ao modelo de atenção centrado em procedimentos, com predomínio de tecnologias duras, e à fragilidade do sistema de referência e contrarreferência (GARCIA VM e REIS RK, 2014).

Os aspectos supracitados alertam para a cultura pautada na atenção curativa, com foco na doença e no atendimento às situações de piora e agudização das condições crônicas. Isso evidencia uma sobrevalorização das práticas realizadas nos níveis secundários e terciários e, por consequência, uma desvalorização do potencial da APS como ordenadora das ações em saúde, aspecto que não se coaduna com o modelo de atenção preconizado pelas políticas nacionais e internacionais (BRASIL, 2012)

A efetiva implementação dos fluxos de atendimentos é necessária e requer mudanças de comportamento da própria população, bem como ampliação e fortalecimento dos serviços de APS e dos sistemas de referência e contrarreferência (OHARA R, et al., 2010).

Acreditamos que conhecer o perfil dos usuários e por quais motivos buscam os SUE não hospitalares pode contribuir para a implementação de estratégias coletivas de sensibilização das pessoas e comunidade para o uso adequado desses serviços. Entendemos que essas informações também podem ser úteis para otimizar recursos físicos, materiais e humanos, capazes de proporcionar melhorias na qualidade da assistência prestada.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos usuários e os motivos de procura por atendimento no âmbito dos SUE não hospitalares em um município no interior paulista.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório (POLIT DF e BECK CT, 2011). O estudo foi desenvolvido a partir dos dados de atendimentos realizados nos SUE não hospitalares em um município do interior paulista. Tal município localiza-se na macrorregião nordeste do estado de São Paulo e tem população estimada de 335.564 habitantes. Contudo, por fazer parte dos Departamentos Regionais de Saúde, abrange uma população de aproximadamente 683.157 habitantes.

Atualmente, o município possui quatro SUE não hospitalares, vinculados ao Sistema Único de Saúde, sendo um Pronto-Socorro Infantil, um Pronto-Socorro Geral, reinaugurado após ampliação de estrutura física, leitos e serviços em 2012; e duas Unidades de Pronto Atendimento, inauguradas em 2015 e 2016. Neste estudo, optou-se por analisar dados da população atendida em três SUE do município, por atenderem a população na faixa etária acima de 12 anos.

A coleta de dados foi retrospectiva, por meio dos registros do sistema de prontuário eletrônico referentes ao ano de 2017, notadamente no período de 1º de janeiro até a 1ª semana de dezembro. Foram analisados dados registrados pela equipe de recepção no cadastro inicial, tais como informações sociodemográficas e da queixa do usuário por procura ao serviço, assim como dados sobre a condição da saúde do usuário registrados no momento do AACR, pela equipe de enfermagem

O AACR no referido serviço inicia-se desde a admissão do paciente no setor de recepção, quando é direcionado para a equipe de enfermagem, que terá acesso à tela de atendimento individual, na qual constam os dados necessários a serem coletados no momento da avaliação. Essas informações preliminares subsidiam a tomada de decisão do profissional para a classificação ou reclassificação do paciente de acordo com o seu grau de risco. Todo o processo de atendimento é realizado com auxílio de um sistema informatizado, desenvolvido pelo departamento de informática em saúde do município, e a classificação ocorre conforme estabelecido no Protocolo de Classificação do MS, adaptado à realidade local (SANTOS PRA, et al., 2016).

Para análise e apresentação dos dados utilizou-se o R (R Core Team, 2019), que é um conjunto integrado de recursos de software para manipulação de dados, cálculos e exibição gráfica. Nesta etapa, contou-se com apoio do Núcleo de Estatística Aplicada, do Instituto de Matemática e de Computação da Universidade de São Paulo. O número total de registros de atendimentos analisados foi de 410.977, o correspondente a 141.180 usuários atendidos nos três SUE não hospitalares no ano de 2017.

O serviço SUE-1 corresponde ao Pronto-Socorro Geral, responsável por 55,66%, seguido do SUE-2 e SUE-3, correspondendo às UPAS, responsáveis, respectivamente, por 27,74% e 16,61% do total de atendimentos analisados.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (CEP/Uni-FACEF), sob o número CAAE: 74963717.0.0000.5384, conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

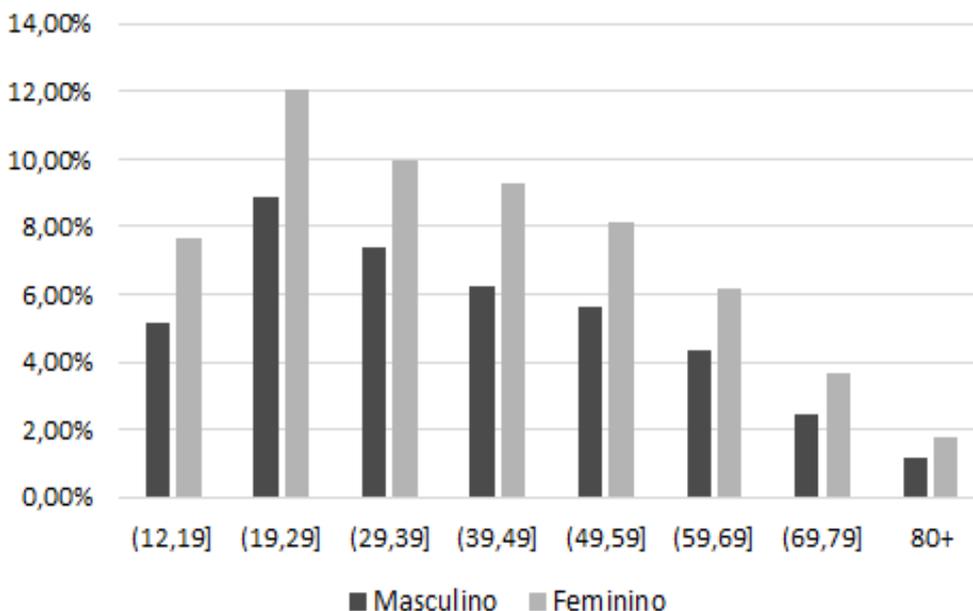
RESULTADOS

Foram analisados os registros eletrônicos dos 410.977 atendimentos realizados nos SUE não hospitalares do município no período de 1º de janeiro até a 1ª semana de dezembro de 2017. Esses atendimentos pertencem a 141.180 usuários.

Perfil dos usuários atendidos

Em relação ao perfil dos usuários atendidos, houve predomínio do sexo feminino (n= 82.901; 58,72%) em detrimento do masculino (n= 58.279; 41,28%) e prevalência da classificação vermelha de gravidade de risco para pessoas do sexo masculino (masculino=380, feminino=279). Em ambos os sexos, a maioria dos atendimentos foi a usuários na faixa etária de 19 a 29 anos (n= 90.756 - 20,95%), seguida de 29 a 39 anos (n= 74.914; 17,4%) e 39 a 49 anos (n= 67.682; 15,57%) (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários nos SUE não hospitalares segundo faixa etária e sexo, 2017.



Fonte: Santos PB, et al., 2020.

Em relação ao número de atendimentos por usuário, observou-se que o número de atendimentos nas unidades é superior ao quantitativo de usuários atendidos, uma vez que um mesmo usuário costuma procurar o serviço em média duas ou três vezes por ano. Porém, existe uma quantidade considerável de usuários (11%-12%) que procuram o serviço mais de cinco vezes por ano.

Relação entre número de atendimentos e os meses do ano, dias da semana e período

Em relação aos meses do ano, verificou-se maior procura em setembro, agosto e outubro, enquanto os meses de menor procura foram janeiro, julho e dezembro. Deve-se ressaltar que o pequeno número de atendimentos em dezembro é justificado também pelo reduzido período da coleta de dados, que abrangeu apenas a primeira semana deste mês. Na análise dos dias da semana, observou-se maior procura em dias úteis com queda progressiva aos finais de semana.

Em relação aos períodos de atendimento, o matutino corresponde ao intervalo das 07h às 12h59min, o vespertino das 13h às 18h59min, o noturno das 19h às 23h59min e a madrugada da 00h às 06h59min. Os períodos matutino e vespertino contabilizaram o maior número de atendimentos, conforme evidenciado (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos segundo meses, dias da semana e períodos do dia.

Variáveis	N	%
Meses		
Janeiro	32.589	7,9%
Fevereiro	32.370	7,9%
Março	37.232	9,1%
Abril	36.049	8,8%
Maio	37.611	9,2%
Junho	35.520	8,6%
Julho	34.749	8,5%
Agosto	40.110	9,8%
Setembro	42.378	10,3%
Outubro	38.308	9,3%
Novembro	35.914	8,7%
Dezembro	8.147	2,0%
Total	410.977	100%
Dias da semana		
Dias úteis	307.683	74,9%
Fim de semana	103.294	25,1%
Total	410.977	100%
Períodos do dia		
Matutino	150.732	36,7%
Vespertino	134.194	32,7%
Noturno	87.912	21,4%
Madrugada	38.139	9,3%
Total	410.977	100%

Fonte: Santos PB, et al., 2020.

Perfil dos motivos de procura pelo serviço

Os motivos mais prevalentes para procura pelo serviço foram queixas relacionadas ao sistema respiratório (n = 81.079; 19%) e reavaliação com exames (n = 48.525; 11,4%), dentre as demais queixas estão as dores relacionadas ao sistema musculoesquelético, sintomas gerais e causas externas, trato urinário, oftalmológicas, auditivas, odontológicas, endocrinológicas, ginecológicas, obstétricas, procedimentos, reavaliação há menos de 24 horas e outros, conforme (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos motivos de procura pelos SUE não hospitalares.

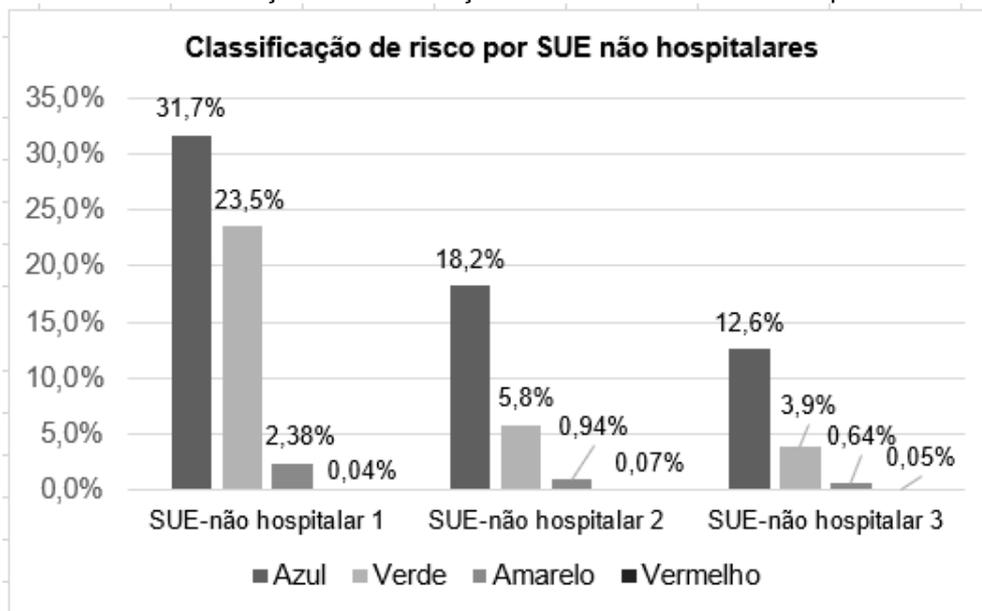
Motivos de procura pelos SUE não hospitalares	N	%
Queixas respiratórias	81.079	19%
Reavaliação com exames	48.525	11,4%
Queixas musculoesqueléticas	46.555	10,9%
Sintomas gerais	36.690	8,6%
Causas externas	36.151	8,5%
Queixas neurológicas	31.660	7,4%
Dor	31.509	7,4%
Queixas gastrointestinais	28.311	6,6%
Queixas tegumentares	15.474	3,6%
Queixas cardiológicas	14.341	3,4%
Outras queixas	56.494	13,2%
Total	426.789	100%

Fonte: Santos PB, et al., 2020.

Classificação de risco dos atendimentos segundo SUE não hospitalares

Quanto à classificação de risco atribuída às queixas iniciais dos usuários (azul, verde, amarelo e vermelho), após a avaliação da equipe de enfermagem e conforme o Protocolo de Classificação adotado pelos serviços, verificou-se, em todos os SUE não hospitalares analisados, predomínio de atendimentos classificados com a cor azul (n= 256.724) e verde (n= 136.611), totalizam 95,71%, portanto, de baixa complexidade (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Distribuição da classificação de risco dos atendimentos por unidade.



Fonte: Santos PB, et al., 2020.

Classificação de risco dos atendimentos por faixa etária

Quando analisados os atendimentos de acordo com a classificação de risco e idade dos usuários, nota-se predomínio da cor azul entre pessoas na faixa etária de 12 a 59 anos. Entre usuários acima de 59 anos, a maioria (15,9%) foi classificada como verde, sendo este resultado explicado pela atribuição mínima da classificação verde aos idosos (**Tabela 3**). É possível observar que uma parcela pequena dos usuários não recebeu nenhuma classificação, sendo estes sinalizados como não definidos.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários nos SUE não hospitalares segundo classificação de risco e faixa etária.
Classificação conforme a faixa etária dos usuários atendidos nos SUE não hospitalares

Cor do boletim	(12-19]	(19-29]	(29-39]	(39-49]	(49-59]	(59-69]	(69-79]	80+	Total por classificação
Azul	10,11%	16,20%	13,18%	11,29%	9,34%	1,52%	0,60%	0,23%	62,47%
Verde	2,29%	4,00%	3,61%	3,66%	3,77%	8,49%	5,11%	2,30%	33,24%
Amarelo	0,36%	0,66%	0,53%	0,57%	0,61%	0,49%	0,41%	0,34%	3,96%
Vermelho	0,02%	0,04%	0,03%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,00%	0,16%
Não definida	0,02%	0,04%	0,05%	0,03%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,17%

Fonte: Santos PB, et al., 2020.

DISCUSSÃO

A análise dos dados revelou o perfil dos usuários que procuraram o serviço durante o período estudado: predominantemente mulheres, de todas as faixas etárias, porém com maior proporção de homens nos atendimentos classificados com a cor vermelha, ou seja, que necessitam de assistência imediata. Além disso, notou-se maior demanda de atendimentos para pacientes jovens, entre 19 e 49 anos. Esses achados corroboram o perfil de usuários atendidos em serviços de urgência de outros estudos (GARCIA VM e REIS RK, 2014; GOMIDE MFS, et al., 2012; GODOI VCG, et al., 2016; DINIZ AS, et al., 2014). A maior procura observada nos meses de setembro, agosto e outubro e, por outro lado, a menor demanda identificada em janeiro, julho, coincidem com o período de férias.

Em relação aos dias de atendimento, observou-se que ocorreu maior procura durante os dias da semana, tal como observado em outros estudos (GARCIA VM e REIS RK, 2014; GOMIDE MFS, et al., 2012). Esses dados, associados à maioria das classificações ser de baixa gravidade (classificação azul e verde), suscitam o questionamento sobre o fluxo dos usuários na RAU, visto que a APS é preconizada preferencialmente como a porta de entrada. Desse modo, os atendimentos deveriam ser reduzidos durante os dias da semana em que os serviços da APS estão funcionando e, por consequência, haver maior concentração de procura aos finais de semana, quando essas unidades estão fechadas. Todavia, observou-se neste estudo justamente o oposto do esperado (BRASIL, 2006).

O mesmo pode ser destacado em relação ao horário de funcionamento, visto que a maioria dos atendimentos ocorreram durante o dia. Esses resultados reafirmam a procura por SUE não hospitalares em detrimento da APS.

Em análise dos resultados é possível afirmar que os SUE não hospitalares são buscados pela população por demandas de baixa complexidade, a maioria classificada como azul e verde. A maior procura também ocorre em horários nos quais os serviços de APS estão em funcionamento. Tais achados reforçam a cultura da população de valorizar os serviços secundários e terciários em detrimento da APS (PAGLIOTTO LF, et al., 2016; FEIJÓ VBR, et al., 2015).

Importante destacar que o acolhimento das urgências nos serviços de APS diferencia-se do atendimento em um SUE não hospitalares, pois os profissionais da APS têm conhecimento prévio e vínculo com a população. Além disso, realizam o acompanhamento longitudinal, possibilitando o retorno com a mesma equipe, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013).

No entanto, a procura prioritária por SUE não hospitalares pode ser justificada pela demora no agendamento das consultas, fragilidade na organização dos processos de trabalho em relação ao acolhimento das queixas agudas na APS e até mesmo por aspectos estruturais desses serviços, evidenciando, mais uma vez, lacunas da APS como porta de entrada. (OLIVEIRA SN, et al., 2015; MARIN MJS, et al., 2013). Há, ainda, a crença, por parte dos profissionais e usuários, de que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidade, o que não é verdade, visto que esse nível de atenção é capaz de atender mais de 85% dos problemas de saúde da população (MENDES EV, 2011).

Ademais, fortalecer a APS para os atendimentos de urgência é estratégia a ser considerada e vem ao encontro de seu papel na ampliação do acesso. Coaduna-se, ainda, com a proposta de fortalecimento do vínculo, responsabilização e oferta de primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção da RAU (BRASIL, 2006).

Quanto aos motivos de procura pelos serviços de urgência, predominaram queixas respiratórias, tais como dispneia, dor na garganta, dor no peito acompanhada de tosse, obstrução de vias aéreas, resfriados, sangramento nasal e tosse. Esses resultados corroboram outros estudos, nos quais essas queixas foram identificadas como a segunda (GARCIA VM e REIS RK, 2014) e terceira (GOMIDE MFS, et al., 2012) principais motivações de busca.

A respeito da procura por queixas respiratórias, esses dados são de extrema relevância para o momento atual, visto que enfrentamos uma das maiores pandemias da humanidade causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. O primeiro caso descrito da doença provocada pelo vírus, a COVID-19, foi confirmado em dezembro de 2019 na China, sendo caracterizada como uma pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (ANVISA, 2020). Cerca de 80% dos casos são assintomáticos ou oligossintomáticos e 20% apresentam-se como uma síndrome respiratória aguda. São considerados casos suspeitos de COVID-19 indivíduos com sensação febril ou febre, acompanhada de tosse, dor de garganta, coriza ou dificuldade respiratória (BRASIL, 2020).

Diante de tais queixas, os serviços necessitam implantar medidas de prevenção e controle da infecção, a fim de evitar a transmissão da doença durante qualquer assistência para casos com queixas respiratórias. Tais medidas envolvem o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), treinamentos das equipes de saúde, setores separados para pacientes suspeitos e readequação dos ambientes para higienização das mãos. Na prática, isso se traduz em dimensionamento de pessoal, organização de recursos físicos, fluxos de referências e contrarreferências, além de impactos em custos e sobrecarga. Ademais, é preciso sensibilizar a população a respeito da procura por esses serviços, pelo risco de exposição a agentes biológicos (ANVISA, 2020).

Em sequência, observou-se que o segundo motivo de maior procura foi a reavaliação com exames, sugerindo que esses usuários receberam alta sem a necessária avaliação dos exames complementares solicitados. Deve-se destacar que os exames complementares dão consistência aos dados obtidos durante a consulta médica, ou seja, podem confirmar ou descartar hipóteses diagnósticas. Entretanto, as solicitações desnecessárias de exames têm efeitos negativos para o paciente e a instituição, como o atraso em diagnósticos que necessitam apenas de evidências clínicas, assim como o ônus financeiro ao sistema de saúde (ROCHA ECB, et al., 2018). Ademais, no presente estudo, devemos considerar as implicações da necessidade de novos atendimentos para reavaliação desses exames, evidenciando outra problemática, a da sobrecarga de atendimentos nessas unidades.

Somado a isso, questiona-se a real necessidade desses exames, bem como seu impacto na conduta dos atendimentos, visto que a maioria dos usuários do serviço em questão são de baixa gravidade. A análise dos fatores que levam à solicitação desnecessária de exames é essencial para mudança dessa cultura, sendo alguns deles: facilidade dos pedidos, desconhecimento médico acerca dos gastos com exames, medo de litígio, inexperiência dos profissionais e pressionamento por parte dos usuários (ROCHA ECB, et al., 2018).

Estudo realizado nos Estados Unidos com usuários que deram entrada pela emergência evidenciou que, em 24 horas de internação, a maioria (87,5%) foi submetida a pelo menos um exame desnecessário e em mais de 70% a conduta não foi alterada pelo resultado dos exames (KOCH C, et al., 2018).

Sensibilizar os profissionais de saúde acerca da solicitação de exames e do impacto dessa postura para os serviços de urgência e emergência demanda reflexão sobre as práticas. Uma possibilidade seria a realização de intervenção por meio de educação, feedback e, principalmente, a restrição administrativa, quando necessário. Tais medidas foram adotadas por um hospital acadêmico em Jerusalém, onde se observou redução geral de 19% na solicitação de exames (MARGALIT-CALDERON R, et al., 2005).

Tal temática demonstra também os desafios da fragmentação e articulação entre os componentes da RAU, visto que esses pacientes deveriam ser encaminhados para continuidade do cuidado na APS. Para isso, há necessidade de qualificação da contrarreferência dos usuários que realizam exames nessas unidades, sendo uma das possibilidades oferecer agendamento na APS a essas pessoas, conforme classificação de risco, visto que os SUE do município possuem um sistema de prontuário eletrônico interligado aos demais serviços da Rede de Atenção.

A busca para reavaliação após exames, elencada como segundo motivo de procura, fomenta também a discussão sobre a real necessidade da solicitação de exames complementares, uma vez que usuários receberam alta sem a avaliação desses exames. Diante disso, faz-se necessário desenvolver novos estudos em busca de compreender melhor essa problemática, inclusive sob a percepção do profissional médico.

Outros motivos de procura foram os relacionados ao sistema musculoesquelético, em que as principais queixas relatadas pelos usuários são dores na coluna, costelas, pescoço e membros. Isso evidencia a grande prevalência de procura por problemas agudos de baixa gravidade, tal como observado em outros estudos (GARCIA VM e REIS RK, 2014; GOMIDE MFS, et al., 2012; GODOI VCG, et al., 2016).

Em relação aos atendimentos ocorridos, constatou-se que a soma destes foi quase três vezes maior que o número de usuários atendidos, maior até que a população do município em números. Tal resultado comprova que um mesmo paciente procura várias vezes pelo serviço ao longo do ano.

O fato de parcela considerável dos usuários procurarem o serviço mais de cinco vezes por ano evidencia também a fragilidade da articulação entre os serviços da RAU, tendo em vista que esses usuários precisam ser acompanhados mais de perto, buscando entender a procura frequente por atendimentos nesses serviços. Ressalta-se ainda que muitas dessas situações são agudizações de doenças crônicas, que podem evoluir para uma internação por condições sensíveis ao acompanhamento na APS.

CONCLUSÃO

Neste estudo evidenciou-se que o perfil dos usuários nos SUE não hospitalares investigados, é predominantemente do sexo feminino e adultos jovens. Observou-se maior procura por atendimento no início da semana, com queda progressiva aos finais de semana, destacando-se as queixas respiratórias e reavaliação de exames, bem como a alta prevalência de atendimentos de baixa complexidade. Os dados demonstram desafios em relação ao papel proposto e o de fato exercido pelos SUE na RAU, assim como às dificuldades de articulação entre os componentes. Diante disso, considera-se necessário investimentos em estudos que possibilitem subsidiar a implementação efetiva da RAU, por meio de ações articuladas entre profissionais, gestores e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, 2020. (NOTA TÉCNICA GVMIS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020).
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção 1, p. 70/1972.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3 ed. Brasília, DF, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília, DF, 2009.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, DF, 2020.
10. CARTER EJ, et al. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*, 2014; 46(2): 106-115.
11. DINIZ AS, et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2014; 16(2): 312-320.
12. FEIJÓ VBR, et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*, 2015; 39(106): 627-636.
13. GARCIA VM, REIS RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014; 67(2): 261-267.
14. GODOI VCG, et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Revista Cogitare Enfermagem*, 2016; 21(3): 01-08.
15. GOMIDE MFS, et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 2012; 45(1): 31-38.
16. KOCH C, et al. The Frequency of Unnecessary Testing in Hospitalized Patients. *The American Journal of Medicine*, 2018; 131(5): 500-503.
17. LUDWIG MLM, BONILHA, ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2003; 56(1): 12-17.
18. MARGALIT-CALDERON R, et al. An administrative intervention to improve the utilization of laboratory tests within a university hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005; 17(3): 243-248.
19. MARIN MJS, et al. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*, 2013; 22(3): 780-788.
20. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011; p. 83.
21. O'DWYER GO, et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(5): 1881-1890.
22. OHARA R, et al. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010; 63(5): 749-754.
23. OLIVEIRA SN, et al. Unidade de pronto atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2015; 24(1): 238-244.
24. PAGLIOTTO LF, et al. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *CuidArte Enfermagem*, 2016; 10(2): 148-155.
25. POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 670.
26. RANDOWN RMV, et al. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto das redes de atenção à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 2015; 16(64): 80-88.
27. R CORE TEAM (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2019. Disponível em: URL <https://www.R-project.org/>
28. ROCHA ECB, et al. Necessidade de gerenciamento dos gastos com exames laboratoriais no Brasil. *Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco*, 2018; 8(15): 112-128.
29. SACOMAN TM, et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate*, 2019; 43(121): 354-367.
30. SANTOS PRA, et al. Implantação de uma ferramenta de informática em apoio ao acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência no interior de São Paulo. In: XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2016; 58-60.