



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**RITA DE CÁSSIA ALTINO**

**USO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS  
CONEXÕES COM AS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA: UMA  
ANÁLISE TRANSVERSAL**

**BOTUCATU  
2017**

**RITA DE CÁSSIA ALTINO**

**USO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS  
CONEXÕES COM AS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA: UMA  
ANÁLISE TRANSVERSAL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Gestão de Sistemas.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Adjunta Silvia Cristina Mangini Bocchi

**BOTUCATU  
2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSIMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Altino, Rita de Cassia.

Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica: uma análise transversal / Rita de Cassia Altino. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado)- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40401006

1. Hospitais - Serviço de emergência. 2. Serviços de promoção da saúde - Avaliação. 3. Serviços médicos de emergência. 4. Atenção primária à saúde. 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Estudos transversais; Serviços médicos de emergência.

## **RITA DE CÁSSIA ALTINO**

### **Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica: uma análise transversal**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Adjunta Silvia Cristina Mangini Bocchi

Comissão Examinadora

---

Profa. Adjunta Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP

---

Profa. Adjunta Wilza Carla Spiri  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP

---

Profa. Dra. Márcia Aparecida Noevo Gatti  
Universidade do Sagrado Coração – USC

---

Prof. Dr. José Fernando Casquel Monti  
Universidad Federal de São Carlos – UFSCAR

---

Profa. Dra Shirlene Pavelqueires  
Faculdade de Medicina de Marília - Famema

Suplentes

---

Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertencello Fontes  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP

---

Prof. Dr. Cesar Junior Aparecido de Carvalho  
Instituto Federal do Paraná - Campus Londrina

---

Profa. Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin  
Universidade do Sagrado Coração – USC

**Dedico** este trabalho

*A todas as pessoas que de forma direta ou indireta apoiaram seu desenvolvimento*

*Especialmente aos meus filhos, **Gustavo e Laura** minhas maiores bênçãos de Deus, razões maiores de meu viver, minha fonte de amor..*

*Aos meus **Pais**, que sempre me apoiaram, em especial a minha mãe, mulher mais abençoada que já encontrei , de grande fé, a qual mostrou-me sempre o melhor caminho a seguir, ensinando-me que a humildade é a base do viver.*

*AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*O meu mais profundo agradecimento é dirigido à Professora Doutora SILVIA CRISTINA MANGINI BOCCHI, não só pela orientação deste trabalho, mas por me fazer continuar, quando tudo parecia ser impossível e não deixar-me desistir, também pelo entusiasmo, disponibilidade e amizade que sempre me dispensou.*

*Agradeço a todos àqueles que deram a sua contribuição para que esta tese fosse realizada.*

*Ao programa de Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP por dar-me à oportunidade de concluir esta etapa.*

*Aos meus amigos, que dividem o meu dia-a-dia, a quem posso confiar minhas alegrias, dificuldades e angústias, doando alguns minutos de suas vidas para me ouvirem e oferecerem palavras de confiança, apoio e incentivo. Seus nomes ficam gravados nesta página no anonimato, pois são muitos e assim ficaria temerosa em me esquecer de agradecer a algum deles.*

*“A minha “filhotinha” Taís Lopes Saranhofí, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho, por ajudar em minhas dificuldades. A você minha sincera e eterna amizade.*

*Senhor meu Deus, Pai de amor, somente Tu podes salvar-nos e fazer-nos grandes. Aprendemos muito mais seu valo depois que passamos pela dor, só ELE atende às nossas necessidades, confirma nossas esperanças e ouve nossas orações. Obrigada por mais esta dádiva.*

## AGRADECIMENTOS

*A Profa. Dra. **Silvia Cristina Mangini Bocchi**, por todas as lições de vida, de amizade, pelas oportunidades, inclusive ao meu crescimento, e principalmente pela incontestável competência na formação de profissionais, pela segurança transmitida nos mais difíceis momentos compartilhados e pela admirável visão de mundo.*

*Aos **Professores** do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, que fizeram parte da minha formação profissional e como pessoa.*

*Ao Departamento de Urgência e Emergência da Secretária Municipal de Saúde do município em estudo pela oportunidade de desenvolver a pesquisa.*



## EPÍGRAFE

*Em algum ou alguns momentos das nossas vidas passamos por situações de provações, de dificuldades, de amarguras, de solidão, de perda, de saúde debilitada... Mas tudo passa, como a tristeza passa, a felicidade passa; nada é constante na vida de provas e expiações, a única coisa que fica é que temos que ter a perseverança, a fé, mas uma fé raciocinada.*

*Ninguém neste planeta deixa de passar por algum problema ou alguma provação, pois eles vêm porque é preciso para que tenha a superação da nossa parte, e quando o obstáculo é vencido com resignação nos elevamos cada vez mais a Deus, evoluímos.*

*Chico Xavier*

Altino RC. Uso da rede de urgência e emergência e suas conexões com as unidades de atenção básica: uma análise transversal. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

## RESUMO

**Introdução.** A Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), organizada por Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços de urgência tem finalidade de oferecer assistência à saúde de complexidade intermediária entre a rede de Atenção Básica à Saúde (ABS) e a Rede Hospitalar. Contudo, estudos têm apontado a utilização expressiva das UPA, por usuários não urgentes, que poderiam ser atendidos em Unidades de Atenção Básica e da Família, alocadas nas regiões das UPA. **Objetivo geral.** Analisar a utilização de usuários, acima de 13 anos, da RUE de município do interior paulista, levando-se em consideração o aparelhamento da ABS adscrita às UPA. **Método.** Pesquisa epidemiológica do tipo transversal, conduzida junto à RUE, em município com 366.769 habitantes. Coletou-se dados secundários, de 2014 a 2015, referentes a atendimentos de usuários em unidades de urgência e emergência, a partir de sistema de informações, assim como realizou-se análise documental de planilhas sobre classificação de risco. Esses dados integraram o banco de dados em planilhas eletrônicas e foram analisados por estatística descritiva. **Resultados.** A população adscrita às UPA totalizou 328.900, a qual conta com 21 unidades da ABS, sendo 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Unidades Saúde da Família (USF). Dos 270.990 usuários submetidos à classificação de risco, apenas 6% configurou-se em atendimentos de emergência (vermelho) e urgência (amarela) e a maioria (94%) pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Dos agrupamentos de doenças, propostos pelo CID, destacou nas UPA (18 a 23%) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, seguido de 15 a 17% de doenças do aparelho respiratório. As faixas etárias de usuários economicamente produtivos foram as mais acometidas por esse perfil diagnóstico. O período diurno reuniu 75% dos atendimentos realizados. O intervalo de quatro a sete vezes atendimentos anuais abarcou a maior porcentagem de usuários frequentes, de oito a 11%. Apenas um por cento dos usuários atendidos nas UPA tiveram desfecho para internação hospitalar. De acordo com a Correlação de Pearson, o número de usuários classificados como não urgentes (verde e azul), independe do número de UBS e USF alocadas nas regiões das UPA. **Conclusões.** As UPA que contam com maior número de unidades da ABS por habitante, não apresentaram números menores de

atendimentos de usuários, com classificação de risco não urgente (verde e azul). Considera-se este estudo contribuir, principalmente, para reestruturação da acessibilidade de usuários a partir da ABS, para então reduzir o número de atendimentos não urgentes nas UUE. A originalidade deste estudo está na resposta à objeto escasso de pesquisa, analisando usuários da RUE, com o número de unidades e população adscrita à ABS.

**Descritores:** Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Estudos Transversais.

Altino RC. Use of the emergency care network and its connections with the primary care units: a cross-sectional analysis. 2017. Dissertation (Doctoral Program in Nursing) – Medicine School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu

## ABSTRACT

**Introduction.** The Urgent and Emergency Care Network (RUE), organized by Emergency Care Units (UPAs), and other urgent services have the purpose of providing intermediate-complexity health care between the Primary Health Care Network (ABS) and the Hospital Network. However, studies have shown the expressive use of UPAs by non-urgent users who could be treated at Primary Care and Family Units allocated in the regions surrounding the UPAs. **Goal.** To analyze the utilization of RUE by users older than 13 years in a city in inner in São Paulo state, taking into account the facilities found at the ABS adjoined to the UPAs. **Method.** This is a cross-sectional epidemiological study conducted at the RUE in a city with 366,769 inhabitants. Secondary data referring to 2014 and 2015 concerning the treatment provided to users at urgent and emergency units were collected from an information system. The documental analysis of spreadsheets containing risk classifications was also performed. These data integrated the database in the form of Excel spreadsheets and were analyzed by descriptive statistics. **Results.** The population adjoined to the UPAs totaled 328,900 inhabitants, and counted on 21 ABS units, of which 15 were Primary Health Care Units (UBSs) and six were Family Health Care Units (USFs). Of the 270,990 users who underwent risk classification, only 6% showed to be emergency (red) and urgent (yellow) treatments, and most of them (94%) were fairly urgent (green) and non-urgent (blue). Of the groups of diseases, as proposed by ICD, symptoms, signs and abnormal findings of clinical and laboratory tests (18 to 23%) were noteworthy at the UPAs, which was followed by 15 to 17% of diseases of the respiratory system. The age ranges of economically productive users were the ones most often affected by such diagnostic profile. 75% of the treatments were performed at daytime. The interval of four to seven annual treatments comprised the highest percentage of frequent users, from eight to 11%. Only 1% of the users

treated at the UPAs had a hospitalization outcome. According to Pearson Correlation, the number of users classified as non-urgent (green and blue) does not depend on the number of UBSs or USFs allocated in the regions of the UPAs.

**Conclusions.** The UPAs that have the largest number of ABS units per inhabitant do not show smaller numbers of users' treatments with a non-urgent risk classification (green and blue). This study is thought to mainly contribute to the re-organization of users' accessibility starting from ABS so as to then reduce the number of non-urgent treatments at the RUEs. The originality of this study lies in the response to a scarce research object by analyzing RUE users with the number of units and population adjoined to the ABS.

**Descriptors:** Emergency Medical Services; Primary Health Care; Health Services Evaluation; Health Services Accessibility; Cross-Sectional Studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa com aparelhos de Atenção Básica de Saúde e Rede de Urgência e Emergência de município do interior paulista	13
Figura 2	Relatório de atendimento diário dos usuários atendidos na UPA Geisel	14
Gráfico 1	Distribuição de usuários atendidos em UPA, conforme Classificação de Risco, nos anos de 2014 e 2015. Município do Interior Paulista	25

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de atendimentos realizados nas UPA Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga nos anos de 2014 e 2015	18
Tabela 2	Número de atendimentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, de acordo com o período do dia, nos anos de 2014 e 2015	19
Tabela 3	Número de atendimentos dos usuários frequentes, realizados nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	20
Tabela 4	Categoria de CID dos atendimentos realizados nas UPA Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	21
Tabela 5	Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID J069 (infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	22
Tabela 6	Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID M545 (dor lombar baixa) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	22
Tabela 7	Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID A90: (Dengue - Dengue clássico) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	23
Tabela 8	Usuários encaminhados mensalmente pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015	24
Tabela 9	Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Geisel, nos anos de 2014 e 2015	26
Tabela 10	Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Mary Dota, nos anos de 2014 e 2015	27
Tabela 11	Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Bela Vista, nos anos de 2014 e 2015	28
Tabela 12	Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Ipiranga, no ano de 2015	29
Tabela 13	Número de atendimentos realizados, com relação à frequência e porcentagem no PS Central nos anos de 2014 e 2015	30
Tabela 14	Quantidade de usuários atendidos de acordo com o período, com relação à frequência e porcentagem no PS Central, nos anos de 2014 e 2015	31

Tabela 15	Número de atendimentos dos usuários reincidentes, realizados na PS Central, em 2014 e 2015	31
Tabela 16	Categoria de CID dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Socorro Central, nos anos de 2014 e 2015. Rede de Urgência e Emergência do município do interior paulista	32
Tabela 17	Correlação entre o número de atendimentos de usuários classificados não urgentes nas UPA e o número de aparelhos da ABS (UBS e USF) adscrito às UPA, no período de 2014 a 2015	34



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CID	Classificação Internacional de Doenças
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DA	Departamento Administrativo
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DUA	Departamento de Unidades Ambulatoriais
DUE	Departamento de Urgência e Emergência
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
DPAC	Departamento de Planejamento Avaliação e Controle
DUUPA	Departamento de Urgência e Unidades de Pronto Atendimento
ESF	Unidades de Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAUH	Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UUE	Unidades de Urgência e Emergência
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>xixiv</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>xxv</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>xviiivii</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>2</b>
2.1 PERSPECTIVAS DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL .....	2
2.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA .....	4
2.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA BRASILEIROS .....	5
2.4 PACIENTES NÃO URGENTES ATENDIDOS EM UNIDADES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .....	6
2.5 USUÁRIOS FREQUENTES DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	7
<b>3. OBJETIVOS e Finalidade</b> .....	<b>10</b>
3.1. Objetivos .....	10
3.1.1. Objetivo geral .....	10
3.1.2. Objetivos específicos.....	10
3.2. Finalidade.....	10
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>12</b>
4.1. Tipo de pesquisa .....	12
4.2. Local do estudo, procedimentos éticos e de coleta dados .....	12
4.3. Variáveis:.....	15
4.4. Análise estatística.....	16
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
5.1. Caracterização dos atendimentos de usuários da RUE .....	17
5.1.1. Unidades de Pronto Atendimento.....	17
5.1.2. Unidade de Pronto Socorro .....	29
5.2. Associação da população adscrita às UPA, com a de usuários classificados como não urgentes, por aparelhos da ABS .....	33
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	<b>41</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ....</b>	<b>Erro!</b>
Indicador não definido.	
<b>ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO CEP PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este estudo emergiu de meu cotidiano como enfermeira assistencial, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de município do estado de São Paulo, interagindo com usuários desse serviço. Tal contexto, primeiramente, despertou-me necessidade de aprofundamento científico sobre esse usuário, no contexto da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Abordarei, nessa revisão, sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), assim como temas correlatos e, especificamente, quanto a prioridade de atendimento do usuário, por meio de classificação de risco, assim como as definições de usuários eventuais e frequentes, em serviços de urgência e emergência.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 PERSPECTIVAS DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

As emergências em saúde são situações nas quais o atendimento deve ser imediato, enquanto as urgências são circunstâncias em que podem ser prestado em tempo não superior a duas horas. Já as condições não urgentes são definidas como aquelas que podem ser encaminhadas a um pronto atendimento ambulatorial, ou para o atendimento ambulatorial convencional<sup>(1)</sup>.

No Brasil, é considerável e crescente a gravidade com que acidentes de trânsito, tragédias ambientais e episódios envolvendo violência interpessoal vêm ocorrendo. Estes configuram em problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população brasileira, demandando adequações nos serviços hospitalares de emergência, para aumentar as chances de sobrevivência dos usuários<sup>(1)</sup>.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) pode ser considerada recente no Brasil. Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Portaria GM, Nº 1.863, sendo ampliada e republicada em 2006. Em 2011, esse mesmo Ministério publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a PNAU e a Rede de Atenção às Urgências (RAU), no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal Portaria determinou serviços organizados para garantir os princípios do SUS, no atendimento às urgências. O objetivo destas ações era de acolher e encaminhar pacientes com agravo agudo, agilizando o atendimento para possibilitar sua sobrevivência, mediante a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos<sup>(2)</sup>.

Para tomar tais decisões, é necessário levar em consideração a realidade local/regional e as características dos pacientes atendidos. Considerar, ainda, onde se situam os serviços de atenção às urgências, para que se possa traçar um planejamento das ações de saúde. Esse tipo de atendimento é crescente atualmente, sendo motivo de preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral<sup>(2-3)</sup>.

Na composição da RUE a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) faz parte dos serviços disponíveis à população, para assisti-la em situações de urgência e

emergência de complexidade intermediária<sup>(3)</sup>, para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços; e definição de fluxos e referências resolutivas abrangem nível intermediário de complexidade entre às unidades de ABS, média e alta complexidade, compondo à Rede Pré-Hospitalar Fixa<sup>(1)</sup>.

A implantação das UPA ocorre num cenário de grande insatisfação com o funcionamento da rede pública de saúde, em seu componente assistencial, especialmente de demandas mais imediatas. Isto explica, em parte, o padrão de funcionamento que estas unidades acabam assumindo na rede de serviços de saúde<sup>(4)</sup>. No entanto, conceitualmente, funcionam 24 horas ininterruptas, inclusive aos finais de semanas, por meio de classificação de risco, atendendo desde casos de baixa complexidade, até atendimento ao paciente crítico<sup>(5)</sup>.

A alta demanda de usuários nos serviços de urgência/emergência hospitalar é caracterizada, em sua maioria, por atendimentos decorrentes de problemas de saúde que poderiam ser resolvidos em serviços da atenção básica de saúde (ABS) ou atenção secundária (ambulatórios especializados) ou, ainda, em serviços de urgência de menor complexidade. Esse perfil de demanda configura-se uma das principais portas de entrada no sistema de saúde e, possivelmente, revela, entre outras coisas, distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas, também, qualitativo, na ABS, especializada e também na hospitalar<sup>(6)</sup>.

Porém, a oferta restrita de serviços faz com que a demanda não atendida procure suporte em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada ou acesso mais facilitado, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem a um modo de funcionamento que atende de forma mais rápida.

Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem somatório de recursos, quais sejam consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de atenção básica oferecem atendimento com menor nível de complexidade, que pode ser interpretado pelo usuário como incompleto ou insuficiente<sup>(7)</sup>.

Com isso, a superlotação dos serviços de urgência vem se agravando, fato conhecido, tanto pelas instituições de saúde públicas ou privadas, sejam hospitalares ou da rede básica, quanto por profissionais de saúde, usuários e

população. Circunstâncias que têm elevado as taxas de ocupação dos leitos de observação das emergências, por necessidade de uma “falsa” resolubilidade e acolhimento<sup>(7-8)</sup>.

Em decorrência, eleva-se o número de consultas médicas, arremetendo a custos individuais e desperdício de recursos públicos, já que boa parte da população que procura este serviço, não necessitaria do atendimento. Isso mostra a pouca organização dos serviços para oferecer às pessoas opções às suas necessidades e a implantação de atividade de regulação assistencial poderia organizar o fluxo do paciente na rede.

## 2.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

Segundo, portaria 1.020 do Ministro da Saúde, 2009, que estabelece diretrizes sobre o funcionamento das UPA<sup>(9)</sup>:

- As UPA caracterizam-se como componentes pré-hospitalar fixo, objetivando à organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências
- Define-se como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.
- Essas unidades funcionam nas 24 horas do dia em todos os dias da semana, tendo como objetivo acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento, por meio do acolhimento com Classificação de Risco, sendo assim, estabelecer o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, ordenado de acordo a gravidade do caso.
- Deve ter seu funcionamento articulado com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema local, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados.
- Trabalha com equipe interdisciplinar compatível com seu porte, devendo realizar atendimento resolutivo e qualificado aos

pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, realiza ainda consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade, conta com apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia.

- As UPA são classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada, área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos.

## 2.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA BRASILEIROS

A prioridade clínica dos pacientes que procuram por atendimento nos serviços de urgência e emergência são identificadas por meio de sistemas de classificação de risco. Seu objetivo é sistematizar as necessidades dos pacientes que procuram os serviços de emergência, identificando aqueles que necessitam de intervenções imediatas, daqueles que podem aguardar em segurança por atendimento.

Assim pode-se reconhecer à prioridade dos pacientes e direcionar seu atendimento, sendo considerada uma consulta de enfermagem, pois ao identificar a necessidade do paciente, faz-se um breve exame físico, verificação de sinais vitais, medicações habituais<sup>(10-9)</sup>.

A primeira experiência de implantação de classificação de risco no Brasil deu-se em 2005, com objetivo de reestruturar e reorganizar o pronto socorro do Hospital Municipal Odilon Brhrens, em Minas Gerais, tendo apoio do Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>.

A classificação de risco e priorização da assistência em serviços de saúde é uma das atividades privativas do enfermeiro (art. 1º), sendo que este deverá ser munido de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico científico ao procedimento (art. 1º; Parágrafo único), cumprindo a determinação da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde<sup>(11)</sup>. Enfatiza-se que o Técnico de Enfermagem poderá auxiliar o enfermeiro na classificação de risco, realizando verificação de sinais vitais, colocação da pulseira de cor, direcionando o paciente para os fluxos na unidade de



emergência, entre outras atividades cabíveis, segundo a lei do exercício de enfermagem 7.498/1986<sup>(12)</sup>.

Uma das classificações de risco, mais utilizada no mundo, é o sistema de triagem de Manchester, criado em 1994 para avaliar quem precisa de tratamento imediato e aquele que pode aguardar. Este sistema foi desenvolvido para organizar os atendimentos nos serviços de emergência, amplamente utilizado no Reino Unido, Europa e América do Sul. Ao paciente atribui-se uma categoria, geralmente por cores, onde o vermelho indica tratamento imediato e o azul não urgente. Essa classificação determina o tempo de espera e os pacientes podem aguardar até quatro horas por atendimento<sup>(10)</sup>.

## 2.4 PACIENTES NÃO URGENTES ATENDIDOS EM UNIDADES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

As unidades de urgência e emergência são locais apropriados para assistência de usuários em situações de urgência, demandando ações de atendimento rápido, para aqueles sem risco de morte imediato e, emergência onde o risco de morte é iminente<sup>(1)</sup>.

Como essas unidades asseguram procedimentos de sustentação à vida, o acesso é comumente conhecido como “atendimento de porta aberta”. Este funcionamento permite àqueles com queixas relativas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sociais, que deveriam ser atendidos pela ABS e atenção secundária, procurarem estes serviços. Estes fatos contribuem para a sobrecarga de trabalho de equipes multiprofissionais, inclusive a de enfermagem<sup>(13)</sup>.

Apesar da proposta das UPA atender uma das estratégias da PNAU para organização dos serviços, com a definição de fluxos e referências resolutivas das superlotações de portas hospitalares<sup>(11)</sup>, parte considerável de usuários pertencentes à ABS e secundária vem migrando para as UPA, gerando sobrecarga para esses serviços<sup>(13)</sup>.

Unidades de emergência, geralmente, possuem ambientes estressantes, com equipes em alerta permanente para execução de assistência eficaz e segura ao paciente e profissional. Este só poderá prestar assistência humanizada se valorizado e tratado como ser humano<sup>(12)</sup>.

A demanda dessas unidades, muitas vezes maior que a prevista, resulta em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos<sup>(14-15)</sup>, além da diversidade de queixas de pacientes em situações não urgentes, que procuram a unidade pela maior facilidade de acesso ao atendimento<sup>(16)</sup>, necessitando obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente<sup>(13)</sup>.

O usuário com queixas não correspondentes a situações clínicas de urgência e emergência sobrecarregam esses serviços, quando usufrui desses locais como fossem unidades básicas de saúde.

## 2.5 USUÁRIOS FREQUENTES DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência, aproximadamente, 50% deles caracterizam-se como inadequados, ou seja, poderiam ser realizados em outras unidades da RAS, conforme Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)<sup>(17)</sup>. Entre eles encontram-se os usuários frequentes, aqueles indivíduos atendidos reincidentemente<sup>(18)</sup>.

Desta forma, o usuário frequente de serviços de emergência tem se configurado, mundialmente, em objeto de estudo, por sobrecarregar o sistema de saúde e a equipe que lá trabalha<sup>(11,17,18,19,20)</sup>.

Existe uma tendência mundial de usuários procurarem serviços de urgência e emergência. Nos Estados Unidos, entre 1996 e 2006, foi registrado um aumento dramático, de 36%, no número total de atendimentos<sup>(21)</sup>. O uso frequente desses serviços tornou-se um problema de saúde pública, pois estima-se que, usuários frequentes, podem compreender de um a 10 % da totalidade deles<sup>(22,23)</sup>.

Esses usuários, geralmente, são do sexo feminino, nas faixas etárias de 35 a 64 anos, de baixa renda e com comprometimento do estado de saúde<sup>(24)</sup>. Não só expostos à saúde física debilitada, mas também da mental, assim como, frequentando serviços de saúde diversos<sup>(25)</sup>.

Apesar da existência de várias pesquisas com usuários frequentes de serviços de urgência e emergência, esses não referenciam parâmetros mínimos para diferenciá-lo dos usuários eventuais<sup>(8)</sup>.

A falta de uma definição padrão para usuário frequente do serviço de emergência, muitas vezes, torna difícil comparar estudos sobre a temática<sup>(24)</sup>.

Pesquisadores têm, variavelmente, definido o usuário frequente aquele que realiza mais de quatro atendimentos no período de um ano<sup>(7,17,25,26)</sup>, como mais de 12 vezes no ano<sup>(27)</sup>, assim como, também três atendimentos em qualquer mês do ano<sup>(28,29)</sup>.

Desta maneira, desconhece-se definição consensual sobre o que se constitui o uso frequente, tornando mais difícil a comparação entre os estudos existentes. O número de visitas à unidade de emergência para pacientes, acima de qualquer período de tempo, tende a seguir uma distribuição estatística de Poisson. Assim, para definir o período de tempo em questão (por exemplo, de um mês, seis meses, um ano), e um ponto de corte entre o uso regular e persistente contra o uso frequente de tempo limitado. São por essas razões que pesquisadores têm, variavelmente, definido esse corte categorizar usuários frequentes em unidades de emergência, de mais de três visitas a um máximo de 20, em um determinado ano ou três vezes em um determinado mês<sup>(28,29)</sup>.

A contento, a maioria dos estudos tem categorizado usuário frequente aquele com quatro ou mais atendimentos anualmente<sup>(7)</sup>.

Inferre-se que a determinação desse parâmetro poderia se fundamentar na previsão de cobertura assistencial, no âmbito do SUS, para o número de consultas médicas de duas a três por habitante/ano, conforme regulamentado pela portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002<sup>(30)</sup>.

Em decorrência do contexto, conflitos têm desencadeado entre usuários não urgentes e membros da equipe de serviços de urgência e emergência, mediante o desencontro da compreensão entre as partes, quanto ao acesso apropriado à níveis de atenção à saúde da RAS.

Por um lado, os profissionais consideram esses usuários sobrecarregarem os serviços de urgência e emergência<sup>(23,31)</sup>, por não procurarem serviços da ABS<sup>(7)</sup>. Do outro lado, encontram-se os usuários buscando os serviços de urgência e emergência, como oportunidade de garantir acesso à assistência de maior tecnologia<sup>(32,33)</sup>.

Conflitos como esses têm interferido na relação profissionais de saúde – usuários e, conseqüentemente, na qualidade do acolhimento oferecida, como já evidenciado por estudos nacionais e internacionais<sup>(9,20, 23,22,25,34,35,36,37)</sup>.

Analisando tais divergências, à luz da Política Nacional de Humanização (PNH) verifica-se que, não cabe aos profissionais da saúde suprimir o direito de acesso de qualquer usuário aos serviços de urgência e emergência, fundamentado

na classificação de risco. Esta forma de avaliação deve ser utilizada para estabelecimento de tempo de espera e, conseqüentemente, de prioridades na ordem dos atendimentos<sup>(38)</sup>.

A propósito, a PNH defende os princípios do SUS, no cotidiano das práticas qualificadas de atenção e gestão à Saúde Pública no Brasil, presumindo trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Desta forma, a política pressupõe: redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; e gestão participativa nos serviços<sup>(38)</sup>.

Considerando a RAS e a criação da RUE, por regiões no município estudado, e nestes locais, disporem de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF), como aparelhamento da ABS, pergunta-se:

- As UPA com maior número de aparelhos da ABS (UBS e USF) por habitante apresentam menor número de atendimentos de usuários com classificação de risco não urgente (verde e azul)?

### **3. OBJETIVOS E FINALIDADE**

#### **3.1. Objetivos**

##### **3.1.1. Objetivo geral**

Analisar a utilização da RUE, por usuários acima de 13 anos, em município do interior paulista, levando-se em consideração o aparelhamento da ABS adscrita às UPA.

##### **3.1.2. Objetivos específicos**

- Delimitar população adscrita por Unidade de Urgência e Emergência (UUE), da RUE;
- Descrever número de Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) adscrito por UUE, dividido em Unidade Básica de Saúde – UBS e Unidade Saúde da Família – USF;
- Identificar o número de atendimentos de usuários, por UUE da RUE;
- Apontar a Classificação de Risco de usuários atendidos, por UUE;
- Classificar os atendimentos de usuários por UUE, segundo Código Internacional de Doenças 10 (CID-10);
- Categorizar os CID mais frequentes por UUE, por faixa etária;
- Apontar os atendimentos de usuários das UUE, por períodos de atendimentos;
- Classificar os usuários frequentes, por número de atendimentos em UUE;
- Demonstrar os usuários das UUE encaminhados a hospitais para internação, via Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS);
- Correlacionar população adscrita por UUE, número de usuários classificados como não urgentes, distribuídos por número de unidades de Atenção Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde – UBS e Unidade Saúde da Família – USF);

#### **3.2. Finalidade**

Levando-se em conta que o objeto em estudo configura-se em problema de saúde pública no Brasil e semelhante a países desenvolvidos, assim como escassez de pesquisas que associam usuários da RUE com população adscrita à ABS.

Considera-se a realização desta pesquisa, oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre acessibilidade do usuário SUS na RAS, de município do interior paulista.

## 4 MÉTODO

### 4.1. Tipo de pesquisa

Pesquisa epidemiológica do tipo transversal descritiva, para estudar a utilização de usuários da RUE de município do interior paulista, levando-se em consideração o número de aparelhamento de unidades da ABS adscritas.

### 4.2. Local do estudo, procedimentos éticos e de coleta dados

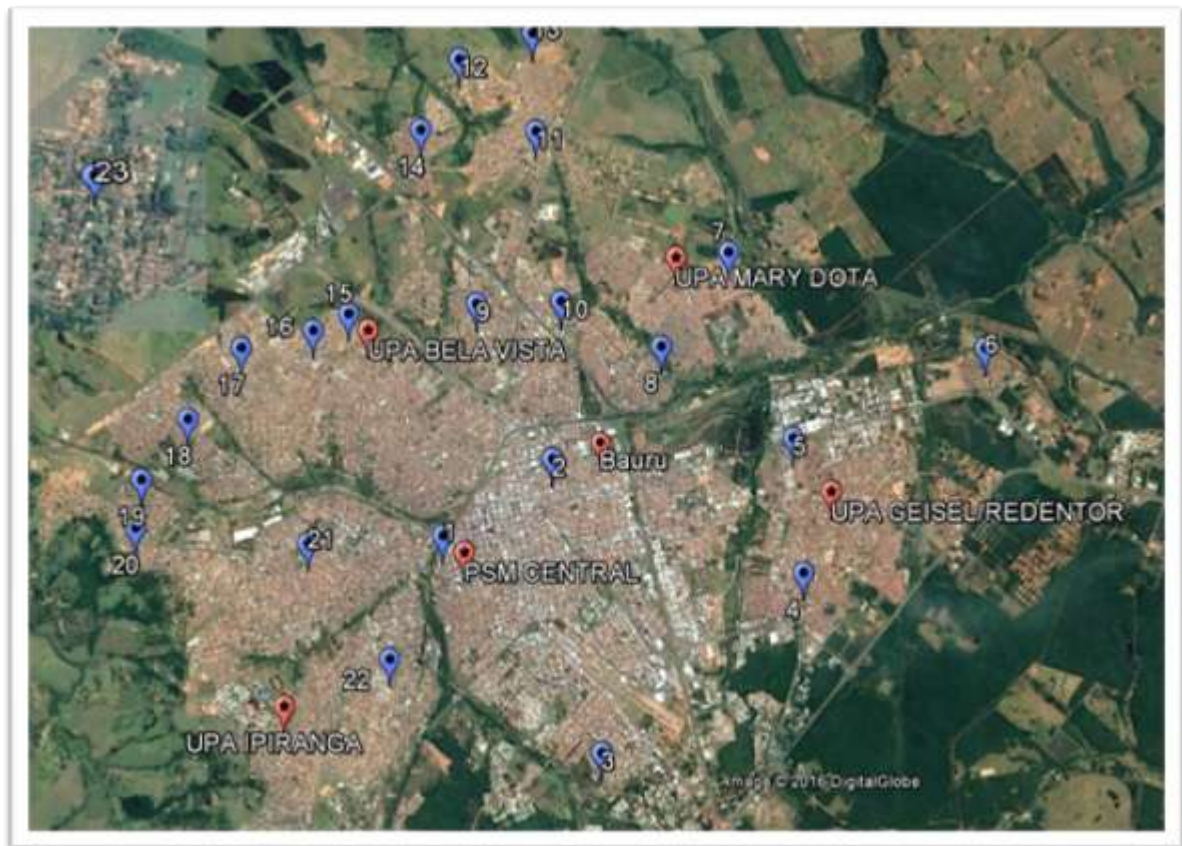
O estudo foi conduzido nos serviço de urgência e emergência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Bauru, que localiza-se na porção central do Estado de São Paulo, em uma área total de 673,5 km. Ademais dispõe de acesso por meio de várias estradas, como a Rodovia Marechal Rondon que liga a cidade à capital do Estado (distante 345 km) e ao Mato Grosso do Sul, além de integrar municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade<sup>39</sup>.

Estima-se uma população de 366.769 habitantes, sendo que, 1,31% vivem na zona rural e 98,69% na zona urbana. Em relação ao saneamento básico nas residências, possui cobertura de 98,90% de água tratada, 96,61% de rede de esgoto e 98,68% de coleta de lixo Bauru<sup>40</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com, aproximadamente, 1.598 funcionários, distribuídos em cinco departamentos, além do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e do Gabinete do Secretário.

O modelo de gestão vigente no SUS estabelece níveis de responsabilidade das três esferas de governo, de acordo com os pactuações, estabelecendo pacto em Defesa do SUS, da Gestão e Pela Vida. O município assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal. A estrutura da SMS é composta pelos Departamentos de Unidades Ambulatoriais (DUA), Urgência e Emergência (DUUPA), Saúde Coletiva (DSC), Administrativo (DA) e Planejamento Avaliação e Controle (DPAC). O DUA é responsável pelo gerenciamento de 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas Núcleos de Saúde, sete unidades especializadas e seis Unidades de Saúde da Família (ESF). O DUUPA é formado por um Pronto Socorro central, um Pronto Socorro Infantil e quatro UPA<sup>(40)</sup>, como serviços fixos, além de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Figura 1. Mapa com aparelhos de Atenção Básica de Saúde e Rede de Urgência e Emergência de município do interior paulista, 2017



LEGENDA: (1) UBS CENTRO; (2) UBS CARDIA; (3) UBS EUROPA; (4) UBS GEISEL; (5) UBS REDENTOR; (6) UBS RASI; (7) UBS MARY DOTA; (8) UBS BEIJA FLOR; (9) UBS GODOY; (10) UBS PQ VISTA ALEGRE; (11) USF VILA SÃO PAULO; (12) USF NOVA BAURU; (13) USF POUSADA DO ESPERANÇA II; (14) UBS GASPARINI; (15) UBS BELA VISTA; (16) USF SANTA EDWIRGES; (17) USF NOVE DE JULHO; (18) UBS JD NOVA ESPERANÇA; (19) USF DUTRA; (20) UBS DUTRA; (21) UBS VILA FALCÃO; (22) UBS INDEPENDÊNCIA; (23) UBS DISTRITO TIBIRIÇA.

**Fonte:** Mapa Georreferenciamento produzido por Google earth, versão 7.1.7.2606, Microsoft Windows (6.1.7600.0) DirectX.

Para uma melhor explanação dos serviços de saúde do município em estudo, associam-se às UBS, ESF e UUE às suas áreas adscritas, conforme tabela 13.

Antes de iniciar a coleta de dados, este projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Bauru para à devida autorização e, subseqüentemente ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A população do estudo foi considerada por todos os usuários com idade acima de 13 anos, pois no município de Bauru os atendimentos nos serviços de urgência e emergência adulto se dão a partir dessa faixa etária, de ambos os sexos,




que frequentaram as UUE do DUUPA nos anos de 2014 e 2015. Os quais foram identificados por meio do sistema de informática disponível nas unidades de urgência e emergência do município de Bauru (Sistema Saúde), de onde obteve-se o número de atendimentos realizados em todas as UUE.

Entretanto esse sistema disponibiliza apenas dados básicos, como: nome, idade, endereço de residência, data e horário do atendimento, assim como permite abertura de ficha de atendimento para cada vez que o usuário utiliza as UUE por dia, ou seja, se num mesmo dia ele retornar será utilizada a mesma ficha.

Daquele sistema é possível gerar relatório por atendimento diário, mensal e anual, porém constando apenas nome do usuário, data e hora de atendimento, conforme mostra tela do sistema (Figura 2).

Figura 2: Relatório de atendimento diário dos usuários atendidos na UPA Geisel



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - [REDACTED] /SP**  
Relatório de Conferência de Unidades emitido em 21/09/2016  
Unidade emitente: UPA GEISEL / REDENTOR

**Filtros de pesquisa**  
Unidade: UPA GEISEL / REDENTOR  
Período: de 01/01/2014 a 01/01/2014

Ficha	Prontuário	Paciente	Dt. Atend.	Dt./Hora Emissão
3979523	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:36:58
3979525	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:38:17
3979526	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:39:55
3979527	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:43:09
3979529	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:46:13
3979531	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:48:15
3979532	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:49:50
3979533	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:51:13
3979534	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 03:52:35
3979550	5	[REDACTED]	01/01/2014	01/01/2014 - 05:11:43

Fonte: Sistema Saúde - Município de Bauru.

Sendo assim, a lista de usuários adveio dos dados consultados no Sistema Saúde, compondo um banco, em planilha Microsoft Excel, por cada mês de atendimento e por ano. Enfatiza-se que com a ausência de determinados dados no sistema, não foi possível caracterizar os usuários, quanto a faixa etária, o sexo e o CID, impossibilitando correlações possíveis.

Nas UUE a classificação de risco<sup>(41)</sup>, é rotineiramente realizada pelo

Enfermeiro, porém de forma manual, impossibilitando-se gerar relatórios para análises avaliativas.

O sistema ainda permite gerar lista dos CID de atendimentos, mas não há como realizar separadamente por usuários, configurando-se em um dos limites para o estudo.

### 4.3. Variáveis:

- (a) número de atendimentos de usuário por UPA e PSC;
- (b) classificação de risco por níveis de prioridade, relacionados ao tempo de espera para atendimento médico, atribuído por cores: emergente (vermelha - imediato), muito urgente (amarelo – 15 minutos), pouco urgente (verde – 120 minutos), não urgente (azul – até quatro horas)<sup>(41)</sup>;
- (c) Diagnóstico Médico, segundo agrupamento de doenças propostos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>(42)</sup>;
- (d) período do dia do atendimento, em madrugada (24 às 6h59), manhã (7 às 12h59), tarde (13 às 18h59) e noite (19 às 23h59);
- (e) número de atendimentos de usuários frequentes, distribuídos em intervalos de ocorrências (de quatro a sete vezes, oito a 11 vezes, 12 a 15 vezes e  $\geq 15$  vezes;
- (f) desfecho para internação hospitalar;
- (g) número de habitantes adscrito às UPA;
- (h) número de habitantes adscritos às unidades de ABS;
- (i) número de unidades da ABS adscritas às UPA.

Utilizou-se de Sistema de Informação, denominado Sistema Saúde, como fonte de dados para as variáveis “a”, “c”, “d” e “e”. Para a “b”, consultou-se relatórios estatísticos mensais de classificação de risco dos atendimentos realizados em cada UPA. Quanto ao desfecho internação hospitalar (variável “f”), obteve-se os dados, por meio do Portal da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS)<sup>(43)</sup>. Já os referentes às variáveis “g” (número de habitantes adscrito às UPA), “h” (número de habitantes adscrito às unidades da ABS) e “i” (número de unidades da ABS adscritas às UPA) informado pela SMS.

#### 4.4. Análise estatística

Registrou-se os dados em planilhas eletrônicas. As variáveis quantitativas foram apresentadas pela frequência absoluta (N), frequência relativa (em porcentagem, %) e média. Utilizou-se o teste t de *Student* para comparação entre dois grupos (número de atendimentos entre 2014 e 2015) e teste de correlação de Pearson para correlacionar o número de atendimentos (número de usuários com classificação Azul e Verde) com a população adscrita, e com o número de unidades de Atenção Primária à Saúde. Adotou-se nível de significância de 5%.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados de atendimentos dos usuários da RUE, do município, serão apresentados por UPA (Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga), separadamente daqueles do PSC. Desagregação intencional para que possibilitasse associar população adscrita por UPA, com os usuários classificados não urgentes e número de aparelhos da ABS, designados àquela população.

Tal separação justifica-se por considerar as UPA, como aparelhos instalados recentemente no município, para reorganizar serviço de urgência e emergência, anteriormente centralizado no PSC. Ademais, apesar de mesmo realizar classificação de risco de seus usuários, não são registrados, portanto impossibilitando análises.

### **5.1. Caracterização dos atendimentos de usuários da RUE**

Engloba as características demonstradas por tabelas, relativas ao: número mensal e anual de atendimentos nas UUE; período do dia; uso frequente; CID, sendo este distribuído por faixas etárias e doenças prevalentes; desfecho para internação hospitalar; classificação de risco.

Ressalta-se que os resultados obtidos, em 2014 e 2015, advém de quatro UPA, abrangendo também o Pronto Socorro Central, os quais configuram a RUE municipal, sem considerar o Pronto Socorro Infantil.

#### **5.1.1. Unidades de Pronto Atendimento**

Dentre as UPA, a da Bela Vista apresentou maior número de atendimentos, tanto no ano de 2014 (89.935), quanto no de 2015 (116.944), com média mensal de 7.495 e 9.745 atendimentos respectivamente (Tabela 1).

Nas UPA, no período março-maio superou em 10% o número de atendimentos, comparados aos outros meses do ano, observando aumento progressivo anual, em todas as unidades estudadas. Entre 2014 e 2015, o número de atendimentos apontou diferença, estatisticamente significativa, para as UPA Geisel ( $p=0,048$ ), Bela Vista ( $p=0,012$ ) e Ipiranga ( $p=0,0003$ ) (Tabela 1).

Tabela 1: Número de atendimentos realizados nas UPA Geisel, Mary DOTA, Bela Vista e Ipiranga nos anos de 2014 e 2015

Ano	ATENDIMENTOS REALIZADOS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO								TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS
	UPA GEISEL		UPA MARY DOTA		UPA BELA VISTA		UPA IPIRANGA		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Mês	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	5328 (9,2)	4262 (6,2)	6619 (8,9)	6068 (7,5)	9465 (10,5)	8232 (7,0)	4966 (9,2)	4171 (5,7)	49111 (8,0)
Fevereiro	5000 (8,7)	5456 (8,0)	5833 (7,9)	5586 (6,9)	8799 (9,8)	8346 (7,1)	4631 (8,6)	4695 (6,4)	48336 (7,9)
Março	5295 (9,2)	8145 (11,9)	6706 (9,1)	8537 (10,6)	9505 (10,6)	11302 (9,7)	5191 (9,6)	7306 (10,0)	61987 (10,1)
Abril	5230 (9,1)	8226 (12,0)	6834 (9,2)	9388 (11,6)	9782 (10,9)	12413 (10,6)	5061 (9,4)	8230 (11,3)	65164 (10,6)
Mai	5965 (10,3)	6492 (9,5)	7287 (9,9)	7544 (9,3)	10680 (11,9)	11087 (9,5)	5541 (10,3)	7153 (9,8)	61749 (10,0)
Junho	5654 (9,8)	5480 (8,0)	6757 (9,1)	6621 (8,2)	9726 (10,8)	9684 (8,3)	5157 (9,6)	6149 (8,4)	55228 (9,0)
Julho	4167 (7,2)	5198 (7,6)	5232 (7,1)	6438 (8,0)	7677 (8,5)	9563 (8,2)	3712 (6,9)	5911 (8,1)	47898 (7,8)
Agosto	4088 (7,1)	5354 (7,8)	5545 (7,5)	6526 (8,1)	6736 (7,5)	9672 (8,3)	3851 (7,2)	6045 (8,3)	47817 (7,8)
Setembro	4228 (7,3)	5401 (7,9)	5945 (8,0)	6279 (7,8)	5680 (6,3)	9042 (7,7)	3563 (6,6)	5876 (8,1)	46014 (7,5)
Outubro	4389 (7,6)	5068 (7,4)	6303 (8,5)	5910 (7,3)	3942 (4,4)	9086 (7,8)	4074 (7,6)	5697 (7,8)	44469 (7,2)
Novembro	4157 (7,2)	4765 (7,0)	5116 (6,9)	6015 (7,5)	4000 (4,4)	9128 (7,8)	4169 (7,8)	5703 (7,8)	43053 (7,0)
Dezembro	4228 (7,3)	4452 (6,5)	5822 (7,9)	5772 (7,2)	3943 (4,4)	9389 (8,0)	3874 (7,2)	6069 (8,3)	43549 (7,1)
Total	57729 (100)	68299 (100)	73999 (100)	80684 (100)	89935 (100)	116944 (100)	53790 (100)	73005 (100)	614385 (100)
Média mensal	4811	5692	6166	6723	7495	9745	4483	6084	
	Teste t, p=0,048; p<0,05		Teste t, p=0,090; p>0,05		Teste t, p=0,012; p<0,05		Teste t, p=0,0003; p<0,05		

Fonte: autora.

Aproximadamente  $\frac{3}{4}$  dos atendimentos concentraram-se no período diurno, na maioria das UPA. Não havendo significância estatística para nenhuma das unidades (Tabela 2).

Tabela 2: Número de atendimentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, de acordo com o período do dia, nos anos de 2014 e 2015

ATENDIMENTOS REALIZADOS POR PERÍODO NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO									
Ano	UPA GEISEL		UPA MARY DOTA		UPA BELA VISTA		UPA IPIRANGA		TOTAL GERAL
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Período	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Madrugada	3587 (6,2)	4181 (6,1)	4470 (6,1)	4968 (6,2)	5850 (6,5)	7847 (6,7)	3233 (6,0)	4433 (6,1)	38569 (6,3)
Manhã	21272 (36,8)	25467 (37,2)	28731 (38,8)	31151 (38,6)	32287 (35,9)	43902 (37,6)	19013 (35,3)	26293 (36,0)	228116 (37,1)
Tarde	20423 (35,3)	24875 (36,4)	25780 (34,8)	28075 (34,8)	29933 (33,3)	41520 (35,5)	18807 (35,0)	26500 (36,3)	215913 (35,1)
Noite	12447 (21,5)	13776 (20,1)	15018 (20,3)	16490 (20,4)	21865 (24,3)	23675 (20,2)	12737 (23,7)	15779 (21,6)	131787 (21,5)
Total	57729 (100)	68299 (100)	73999 (100)	80684 (100)	89935 (100)	116944 (100)	53790 (100)	73005 (100)	614385 (100)
	Teste t, p=0,700; p>0,05		Teste t, p=0,84; p>0,05		Teste t, p=0,538; p>0,05		Teste t, p=0,482; p>0,05		

Fonte: autora.

Considerando a classificação de usuários frequentes adotada, a maioria dos atendimentos incidiram no intervalo quatro a sete vezes anuais, em todas as UPA, com destaque para a da Bela Vista, assim como casos isolados, de 66 (UPA Geisel), 121 (UPA Ipiranga), 142 (Bela Vista) e até 367 vezes na UPA Mary Dota (Tabela 3).

Tabela 3: Número de atendimentos dos usuários frequentes, realizados nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

Ano	ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS FREQUENTES								
	UPA GEISEL		UPA MARY DOTA		UPA BELA VISTA		UPA IPIRANGA		TOTAL
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Classificação de usuários	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
4 a 7 vezes	3280 (80,1)	4166 (79,3)	4015 (81,4)	4878 (80,7)	8359 (84,0)	10761 (82,7)	2913 (80,1)	5010 (77,1)	43382 (81,3)
8 a 11 vezes	571 (13,9)	775 (14,7)	631 (12,8)	830 (13,7)	1106 (11,1)	1620 (12,4)	518 (14,2)	969 (14,9)	7020 (13,1)
12 a 15 vezes	143 (3,4)	178 (3,3)	174 (3,5)	211 (3,4)	296 (2,9)	393 (3,0)	111 (3,0)	292 (4,4)	1798 (3,4)
Mais de 15 vezes	96 (2,3)	134 (2,5)	108 (2,1)	123 (2,0)	184 (1,8)	236 (1,8)	93 (2,5)	220 (3,3)	1194 (2,2)
Total	4090 (100)	5253 (100)	4928 (100)	6042 (100)	9945 (100)	13010 (100)	3635 (100)	6491 (100)	53394 (100)
	Teste t, p=0,820; p>0,05		Teste t, p=0,856; p>0,05		Teste t, p=0,819; p>0,05		Teste t, p=0,610; p>0,05		

Fonte: autora.

Nos atendimentos realizados nas UPA, primeiramente, preponderou de 18 a 23% o CID (R00-R99) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, seguido de 15 a 17% por grupo (J00-J99) de doenças do aparelho respiratório (Tabela 4). Dentre estas, o CID J069 (infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) acometeu a maior quantidade de usuários da faixa etária de 21 | 40 anos (Tabela 5). A terceira categoria, com aproximadamente 12%, reuniu às do grupo (M00-M99), relativas a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo o M545 (dor lombar baixa), prevalentes em usuários da faixa etária de 21 | 40 anos e 40 | 60 anos (Tabela 6).

A quarta categoria, (A00-B99) doenças infecciosas parasitárias configurou 8% dos atendimentos, sobressaindo o CID A90 (Dengue - Dengue clássico) e na faixa etária de 21 | 40 anos e 40 | 60 anos (Tabela 7).

Tabela 4: Categoria de CID dos atendimentos realizados nas UPA Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

CATEGORIA CID	UPA GEISEL	UPA MARY DOTA	UPA BELA VISTA	UPA IPIRANGA
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
(A00-B99) Doenças infecciosas e parasitárias	9796 (7,9)	11813 (8,3)	18185 (9,5)	11165 (9,0)
(C00-D48) Neoplasias [tumores]	98 (0,1)	68 (0,0)	111 (0,1)	71 (0,1)
(D50-D89) Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	148 (0,1)	146 (0,1)	199 (0,1)	150 (0,1)
(E00-E90) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1318 (1,1)	1300 (0,9)	1845 (1,0)	995 (0,8)
(F00-F99) Transtornos mentais e comportamentais	1695 (1,4)	1776 (1,3)	2527 (1,3)	1956 (1,6)
(G00-G99) Doenças do sistema nervoso	943 (0,8)	1315 (0,9)	1416 (0,7)	1217 (1,0)
(H00-H59) Doenças do olho e anexos	1409 (1,1)	1755 (1,2)	3445 (1,8)	1657 (1,3)
(H60-H95) Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1850 (1,5)	2334 (1,6)	2949 (1,5)	2185 (1,8)
(I00-I99) Doenças do aparelho circulatório	6200 (5,0)	7047 (4,9)	9074 (4,8)	5236 (4,2)
(J00-J99) Doenças do aparelho respiratório	21822 (17,6)	22529 (15,8)	29853 (15,7)	19720 (16,0)
(K00-K93) Doenças do aparelho digestivo	4172 (3,4)	8423 (5,9)	18884 (9,9)	2803 (2,3)
(L00-L99) Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2134 (1,7)	3104 (2,2)	3553 (1,9)	2382 (1,9)
(M00-M99) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	14632 (11,8)	17514 (12,3)	20010 (10,5)	14620 (11,8)
(N00-N99) Doenças do aparelho geniturinário	8039 (6,5)	8393 (5,9)	10811 (5,7)	7967 (6,5)
(O00-O99) Gravidez, parto e puerpério	30 (0,0)	26 (0,0)	28 (0,0)	39 (0,0)
(P00-P96) Algumas afecções originadas no período perinatal	3 (0,0)	6 (0,0)	0 (0,0)	8 (0,0)
(Q00-Q99) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,0)
(R00-R99) Sintomas/sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	24499 (19,8)	26028 (18,2)	36738 (19,3)	28799 (23,3)
(S00-T98) Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	9110 (7,4)	10001 (7,0)	11836 (6,2)	8165 (6,6)
(V01-Y98) Causas externas de morbidade e de mortalidade	1044 (0,9)	693 (0,5)	1086 (0,6)	1234 (1,0)
(Z00-Z99) Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	14736 (11,9)	18630 (13,0)	17901 (9,4)	13185 (10,7)
Total	123679 (100)	142902 (100)	190451 (100)	123556 (100)

Fonte: autora.



Tabela 5: Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID J069 (infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

Faixa etária (anos)	CID J069			
	UPA GEISEL	UPA MARY DOTA	UPA BELA VISTA	UPA IPIRANGA
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
12   21	2229 (22,4)	2239 (23,3)	2358 (23,3)	2954 (30,2)
21   40	<b>4209 (42,3)</b>	<b>4007 (41,8)</b>	4265 (42,1)	<b>3690 (37,7)</b>
40   60	2371 (23,8)	2361 (24,6)	2341 (23,1)	2127 (21,8)
60   65	401 (4,0)	351 (3,7)	351 (3,5)	359 (3,7)
65   80	611 (6,2)	541 (5,6)	678 (6,7)	549 (5,6)
> 80	131 (1,3)	0 (0,0)	145 (1,4)	98 (1,0)
Total	9953 (100)	9595 (100)	10139 (100)	9778 (100)

Fonte: autora.

Tabela 6: Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID M545 (dor lombar baixa) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

Faixa etária (anos)	CID M545			
	UPA GEISEL	UPA MARY DOTA	UPA BELA VISTA	UPA IPIRANGA
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
12   21	434 (22,4)	608 (7,9)	556 (7,0)	443 (7,7)
21   40	<b>2429 (42,3)</b>	2773 (36,2)	2737 (34,7)	2020 (35,1)
40   60	2279 (23,8)	<b>2910 (38,0)</b>	2956 (37,4)	<b>2142 (37,2)</b>
60   65	368 (4,0)	477 (6,2)	474 (6,0)	385 (6,7)
65   80	702 (6,2)	756 (9,9)	985 (12,5)	615 (10,7)
> 80	111 (1,3)	0 (0,0)	189 (2,4)	157 (2,7)
Total	6323 (100)	7663 (100)	7898 (100)	5763 (100)

Fonte: autora.

Tabela 7: Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária ao CID A90: (Dengue - Dengue clássico) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

Faixa etária (anos)	CID A90			
	UPA GEISEL	UPA MARY DOTA	UPA BELA VISTA	UPA IPIRANGA
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
12   21	696 (14,3)	300 (14,5)	1263 (15,8)	577 (15,8)
21   40	<b>1905 (39,0)</b>	<b>796 (38,5)</b>	3253 (40,7)	<b>1406 (38,6)</b>
40   60	1537 (31,5)	697 (33,7)	2390 (29,9)	1180 (32,4)
60   65	263 (5,4)	104 (5,0)	391 (4,9)	189 (5,2)
65   80	400 (8,2)	152 (7,4)	616 (7,7)	259 (7,1)
> 80	80 (1,6)	0 (0,0)	75 (0,9)	31 (0,9)
Total	4884 (100)	2067 (100)	7989 (100)	3642 (100)

Fonte: autora.

Na Tabela 8 observou-se 5.636 usuários atendidos nas UPA, com desfecho para internação hospitalar, correspondendo a aproximadamente 1% do total de atendimentos realizados em 2014 e 2015 (614.385).

Tabela 8: Usuários encaminhados mensalmente pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) nas Unidades de Pronto Atendimento Geisel, Mary Dota, Bela Vista e Ipiranga, nos anos de 2014 e 2015

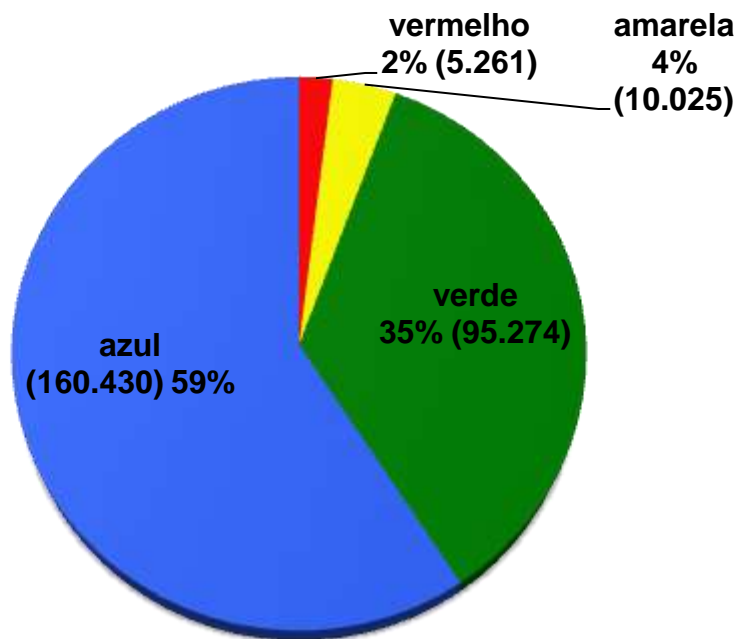
Ano	UPA GEISEL		UPA MARY DOTA		UPA BELA VISTA		UPA IPIRANGA		TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Mês	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	66 (4,1)	66 (4,1)	30 (3,0)	42 (4,3)	88 (4,8)	97 (5,3)	50 (4,1)	52 (4,3)	491 (8,7)
Fevereiro	67 (4,2)	67 (4,2)	43 (4,4)	29 (2,9)	83 (4,5)	70 (3,8)	36 (3,0)	51 (4,2)	446 (8,0)
Março	57 (3,5)	68 (4,2)	32 (3,3)	37 (3,8)	78 (4,3)	94 (5,1)	40 (3,3)	53 (4,4)	459 (8,1)
Abril	56 (3,5)	72 (4,5)	40 (4,1)	32 (3,3)	70 (3,8)	110 (6,0)	44 (3,6)	72 (5,9)	496 (8,8)
Mai	57 (3,5)	84 (5,2)	34 (3,5)	41 (4,2)	80 (4,4)	97 (5,3)	29 (2,4)	58 (4,8)	480 (8,5)
Junho	62 (3,8)	84 (5,2)	41 (4,2)	39 (4,0)	86 (4,7)	93 (5,1)	53 (4,4)	67 (5,5)	525 (9,3)
Julho	68 (4,2)	67 (4,2)	28 (2,8)	59 (6,0)	65 (3,5)	110 (6,0)	39 (3,2)	61 (5,0)	497 (8,8)
Agosto	58 (3,6)	69 (4,3)	36 (3,6)	47 (4,8)	62 (3,4)	98 (5,4)	44 (3,6)	55 (4,5)	469 (8,3)
Setembro	58 (3,6)	92 (5,7)	47 (4,8)	33 (3,4)	40 (2,2)	97 (5,3)	45 (3,7)	63 (5,2)	475 (8,4)
Outubro	64 (4,0)	86 (5,3)	57 (5,8)	55 (5,6)	19 (1,0)	86 (4,7)	43 (3,5)	59 (4,9)	469 (8,3)
Novembro	68 (4,2)	64 (4,0)	44 (4,5)	43 (4,4)	16 (0,9)	85 (4,6)	41 (3,4)	65 (5,4)	426 (7,6)
Dezembro	59 (3,7)	51 (3,2)	47 (4,8)	44 (4,5)	31 (1,7)	77 (4,2)	40 (3,3)	54 (4,4)	403 (7,2)
Total	740 (45,9)	870 (54,1)	479 (48,8)	501 (51,2)	718 (39,2)	1114 (60,8)	504 (41,5)	710 (58,5)	5636 (100)
Média mensal	61	72	40	42	59	92	42	59	
Total ( 2014 e 2015)	1610		980		1832		1214		
	Teste t, p= 0,007; p<0,05		Teste t, p= 0,609; p>0,05		Teste t, p= 0,0007; p<0,05		Teste t, p= 0,0000; p<0,05		

Fonte: autora.

Da análise das Tabelas 9-12 e Gráfico 1, verificou-se que dos 614.385 (100%) usuários atendidos nas UPA, nos anos de 2014 e 2015, somente 270.990 (44%) foram submetidos à Classificação de Risco, por enfermeiros. Considerando essa totalidade (270.990) classificada, apenas 6% configurou-se em atendimentos de emergência (vermelho) e urgência (amarela) e a maioria (94%) pouco urgentes (verde) e não urgentes (azul).

Deve-se considerar que, em 2014, na UPA Ipiranga não houve registros, referentes à classificação de risco dos usuários do serviço, portanto foram computados somente os dados de 2015 (Tabela 12).

Gráfico 1. Distribuição de usuários atendidos em UPA, conforme Classificação de Risco, nos anos de 2014 e 2015. Município do Interior Paulista, 2017



Fonte: autora.

Tabela 9. Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Geisel, nos anos de 2014 e 2015

Mês	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS
	2014								2015								
	Vermelho*		Amarelo		Verde**		Azul***		Vermelho*		Amarelo		Verde**		Azul***		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Janeiro	73	11,8	95	9,3	743	9,7	1278	7,4	54	12,1	39	4,6	573	5,6	1324	5,6	4179 (6,8)
Fevereiro	54	8,7	113	11,1	746	9,8	1460	8,5	49	10,9	71	8,4	853	8,4	1655	7,0	5001 (8,1)
Março	49	7,9	119	11,7	752	9,8	1194	6,9	32	7,1	106	12,5	1370	13,5	3034	12,9	6656 (10,8)
Abril	58	9,3	113	11,1	716	9,4	1424	8,3	42	9,4	144	16,9	1381	13,6	3370	14,3	7248 (11,8)
Maiο	78	12,6	135	13,2	804	10,5	1905	11,1	52	11,6	96	11,3	1003	9,9	2333	9,9	6406 (10,4)
Junho	63	10,1	98	9,6	736	9,6	1819	10,6	56	12,5	65	7,6	872	8,6	2048	8,7	5757 (9,4)
Julho	43	6,9	79	7,8	615	8,0	1400	8,1	28	6,3	47	5,5	754	7,4	1757	7,5	4723 (7,7)
Agosto	27	4,3	67	6,6	575	7,5	1434	8,3	39	8,7	60	7,1	819	8,0	1800	7,7	4821 (7,8)
Setembro	51	8,2	58	5,7	536	7,0	1331	7,7	21	4,7	47	5,5	442	4,3	1364	5,8	3850 (6,3)
Outubro	40	6,4	30	2,9	342	4,5	1257	7,3	26	5,8	65	7,6	652	6,4	1621	6,9	4033 (6,6)
Novembro	40	6,4	74	7,3	532	7,0	1327	7,7	28	6,3	60	7,1	691	6,8	1588	6,8	4340 (7,1)
Dezembro	45	7,2	38	3,7	545	7,1	1367	7,9	21	4,7	50	5,9	767	7,5	1607	6,8	4440 (7,2)
Total	621	100	1019	100	7642	100	17196	100	448	100	850	100	10177	100	23501	100	61454 (100)
Média	51,8		85,9		636,8		1433		37,3		70,8		848,1		1958,4		

Fonte: Autora

\*Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,017; p&lt;0,05

Amarelo 2014 X 2015: Teste t, p= 0,287; p&gt;0,05

\*\*Verde 2014 X 2015: Teste t, p= 0,031; p&lt;0,05

\*\*\*Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,014; p&lt;0,05

Tabela 10. Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Mary Dota, nos anos de 2014 e 2015

Mês	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																
	2014								2015								TOTAL GERAL ATENDIMENTOS
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul*		Vermelho		Amarelo		Verde		Azul*		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Janeiro	51	9,8	184	12,8	1974	12,1	2085	8,1	42	8,7	123	8,6	1388	7,5	2179	12,2	8026 (9,7)
Fevereiro	36	6,9	92	6,4	1598	9,8	2065	8,0	45	9,3	111	7,8	1202	6,5	2202	12,3	7351 (8,9)
Março	51	9,8	169	11,7	1796	11,0	1989	7,7	43	8,9	121	8,4	1268	6,8	1909	10,7	7346 (8,9)
Abril	53	10,1	145	10,1	1591	9,7	2366	9,2	35	7,2	118	8,2	1303	7,0	2207	12,4	7818 (9,6)
Mai	35	6,7	155	10,7	1288	7,9	2523	9,8	40	8,3	144	10,1	1479	8,0	2442	13,7	8106 (9,8)
Junho	30	5,7	100	6,9	1261	7,7	2359	9,2	46	9,5	94	6,6	1226	6,6	1818	10,2	6934 (8,4)
Julho	35	6,7	82	5,7	939	5,7	1973	7,7	41	8,5	108	7,5	1497	8,1	1034	5,8	5709 (6,9)
Agosto	44	8,4	102	7,1	1183	7,2	2213	8,6	44	9,1	123	8,6	1772	9,5	838	4,7	6319 (7,7)
Setembro	49	9,4	84	5,8	1006	6,1	2284	8,9	29	6,0	139	9,7	2270	12,2	823	4,6	6684 (8,1)
Outubro	62	11,8	107	7,4	1270	7,8	2529	9,8	41	8,5	125	8,7	1672	9,0	845	4,7	6651 (8,1)
Novembro	34	6,5	103	7,1	1089	6,7	1671	6,5	42	8,7	119	8,3	1964	10,6	873	4,9	5895 (7,2)
Dezembro	43	8,2	120	8,3	1353	8,3	1638	6,4	35	7,3	107	7,5	1520	8,2	695	3,9	5510 (6,7)
Total	523	100	1443	100	16348	100	25695	100	483	100	1432	100	18561	100	17865	100	82350 (100)
Média	43,6		120,3		1362,3		2141,3		40,3		119,3		1546,8		1488,8		

Fonte: Autora

Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,302; p&gt;0,05

Amarelo 2014 X 2015: Teste t, p= 0,932; p&gt;0,05

Verde 2014 X 2015: Teste t, p= 0,173; p&gt;0,05

\*Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,006; p&lt;0,05

Tabela 11. Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Bela Vista, nos anos de 2014 e 2015

Mês	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																
	2014								2015								TOTAL GERAL ATENDIMENTOS
	Vermelho*		Amarelo		Verde		Azul		Vermelho*		Amarelo		Verde		Azul		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Janeiro	128	11,8	258	10,3	1773	10,0	4045	11,7	120	18,1	208	10,1	1951	12,3	2970	11,0	11453 (11,3)
Fevereiro	119	11,0	244	9,7	1659	9,3	3679	10,6	62	9,3	200	9,8	1831	11,5	2871	10,6	10665 (10,5)
Março	128	11,8	245	9,8	1751	9,8	4066	11,8	47	7,1	277	13,5	1667	10,5	3064	11,3	11245 (11,1)
Abril	22	2,0	269	10,7	1990	11,2	4140	12,0	74	11,1	286	14,0	2607	16,4	4388	16,2	13776 (13,6)
Maiο	123	11,3	358	14,3	2302	12,9	4477	13,0	74	11,1	204	10,0	1493	9,4	2901	10,7	11932 (11,7)
Junho	119	11,0	360	14,4	2150	12,1	3728	10,8	102	15,3	324	15,8	2139	13,5	3725	13,8	12647 (12,5)
Julho	110	10,1	217	8,7	1676	9,4	2791	8,1	65	9,8	196	9,6	1398	8,8	2623	9,7	9076 (8,9)
Agosto	99	9,1	173	6,9	1394	7,8	2509	7,3	34	5,1	98	4,8	948	6,0	1774	6,6	7029 (6,9)
Setembro	72	6,6	110	4,4	1038	5,8	1657	4,8	36	5,4	113	5,5	865	5,5	1336	5,0	5227 (5,1)
Outubro	76	7,0	86	3,4	721	4,0	1257	3,6	22	3,3	103	5,0	645	4,1	854	3,2	3764 (3,7)
Novembro	49	4,5	97	3,9	696	3,9	1209	3,5	6	0,9	13	0,6	102	0,6	165	0,6	2337 (2,3)
Dezembro	40	3,7	86	3,4	653	3,7	1003	2,9	23	3,5	26	1,3	228	1,4	344	1,3	2403 (2,4)
Total	1085	100	2503	100	17803	100	34561	100	665	100	2048	100	15874	100	27015	100	101554 (100)
Média	90,4		208,6		1483,6		2880,1		55,4		170,7		1322,8		2251,25		

Fonte: Autora

\*Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,025; p&lt;0,05

Amarelo 2014 X 2015: Teste t, p= 0,362; p&gt;0,05

Verde 2014 X 2015: Teste t, p= 0,571; p&gt;0,05

Vermelho 2014 X 2015: Teste t, p= 0,258; p&gt;0,05

Tabela 12. Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento Ipiranga, no ano de 2015

	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS
	2015								
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Janeiro	75	5,2	19	2,6	201	2,3	355	2,4	650 (2,5)
Fevereiro	101	7,0	38	5,2	457	5,2	771	5,3	1367 (5,3)
Março	107	7,5	49	6,7	884	10,0	1850	12,7	2890 (11,3)
Abril	137	9,5	51	7,0	894	10,1	1598	10,9	2680 (10,5)
Maió	141	9,8	66	9,0	843	9,5	1583	10,8	2633 (10,3)
Junho	134	9,3	57	7,8	776	8,7	1440	9,9	2407 (9,4)
Julho	116	8,1	83	11,4	873	9,8	1208	8,3	2280 (8,9)
Agosto	123	8,6	57	7,8	567	6,4	979	6,7	1726 (6,7)
Setembro	119	8,3	71	9,7	698	7,9	1120	7,7	2008 (7,8)
Outubro	118	8,2	82	11,2	842	9,5	1179	8,1	2221 (8,7)
Novembro	141	9,8	81	11,1	956	10,8	1342	9,2	2520 (9,8)
Dezembro	124	8,6	76	10,4	878	9,9	1172	8,0	2250 (8,8)
Total	1436	100,0	730	100,0	8869	100,0	14597	100,0	25632 (100)

Fonte: Autora

### 5.1.2. Unidade de Pronto Socorro Central (PSC)

Comparando os atendimentos realizados nas UPA, nos dois anos estudados (Tabela 1), com os encontrados no PSC (Tabela 13), verificou-se esta unidade da RUE com maior demanda, média mensal 1,2 vezes maior que a total de atendimentos das UPA. Contudo, ao comparar a média do PSC com a média isolada da UPA Bela Vista (porte III de complexidade), observou-a com maior média de atendimentos nas UUE, no período 2014-2015 (Tabela 1).



Tabela 13: Número de atendimentos realizados, com relação à frequência e porcentagem no PSC nos anos de 2014 e 2015

<b>ATENDIMENTOS REALIZADOS NO PRONTO SOCORRO CENTRAL</b>			
<b>Ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total de atendimentos</b>
<b>Mês</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Janeiro	7612 (7,6)	8275 (9,2)	15887 (8,4)
Fevereiro	7008 (7,0)	7107 (7,9)	14115 (7,4)
Março	7639 (7,7)	9486 (10,5)	17125 (9,0)
Abril	7521 (7,6)	9011 (10,0)	16532 (8,7)
Maiο	8001 (8,0)	7827 (8,7)	15828 (8,3)
Junho	7652 (7,7)	6953 (7,7)	14605 (7,7)
Julho	7737 (7,8)	6812 (7,6)	14549 (7,7)
Agosto	8846 (8,9)	7086 (7,8)	15932 (8,4)
Setembro	8868 (8,9)	6764 (7,5)	15632 (8,3)
Outubro	9946 (10,0)	6977 (7,7)	16923 (8,9)
Novembro	9366 (9,4)	6820 (7,6)	16186 (8,6)
Dezembro	9289 (9,4)	7039 (7,8)	16328 (8,6)
Total	99485 (100)	90157 (100)	189642 (100)
Média mensal	7869	7062	

Fonte: autora.

O período diurno foi o de maior procura de usuários no PSC (Tabela 14), corroborando com o encontrado nas UPA (Tabela 2), aproximadamente  $\frac{3}{4}$  (73,5%) do total.

Tabela 14: Quantidade de usuários atendidos de acordo com o período, com relação à frequência e porcentagem no PSC, nos anos de 2014 e 2015

<b>USUÁRIOS ATENDIDOS DE ACORDO COM O PERÍODO</b>			
<b>Ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total de atendimentos</b>
<b>Período</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Madrugada	8234 (8,3)	7583 (8,4)	15817 (8,4)
Manhã	39879 (40,2)	35397 (39,3)	75276 (39,7)
Tarde	33279 (33,5)	30715 (34,1)	63994 (33,8)
Noite	17828 (18,0)	16462 (18,2)	34290 (18,1)
Total	99220 (100)	90157 (100)	189377 (100)

Fonte: autora.

Considerando a classificação de usuários frequentes adotada, o PSC também aponta a maioria dos atendimentos no intervalo quatro a sete vezes anuais, dos 189.642 (100%) atendimentos, nos anos 2014-201, 24.926 (6,7%) usuários foram reincidentes acima de quatro vezes. Saliendo-se, casos isolados, a reincidência de usuários foi até 316 vezes (Tabela 15).

Tabela 15: Número de atendimentos dos usuários reincidentes, realizados na PSC, em 2014 e 2015

<b>ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS REINCIDENTES</b>			
<b>Ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total de atendimentos</b>
<b>Classificação de usuários</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
4 a 7 vezes	70 (94,6)	74 (98,7)	144 (96,7)
8 a 11 vezes	3 (4,0)	0 (0,0)	3 (2,0)
12 a 15 vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mais de 15 vezes	1 (1,4)	1 (1,3)	2 (1,3)
Total	74 (100)	75 (100)	149 (100)

Fonte: autora.

\*Significância estatística se  $p < 0,05$

Os dados relacionados à categoria CID dos atendimentos no PSC (Tabela 16) assemelham-se aos das UPA. Contudo, destaca-se como terceira maior ocorrência

a categoria (S00-T98) lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas no PSC, ocuparam a terceira posição, com 14% dos atendimentos (Tabela 17), análogo aos achados das UPA, que variou de 6,2% à 7,4%, para a mesma categoria (Tabela 4).

Tabela 16: Categoria de CID dos atendimentos realizados na Unidade de PSC, nos anos de 2014 e 2015. Rede de Urgência e Emergência do município do interior paulista, 2017

<b>CATEGORIA CID</b>	<b>TOTAL DE ATENDIMENTOS</b>	<b>%</b>
(A00-B99) Doenças infecciosas e parasitárias	26723	7,5
(C00-D48) Neoplasias [tumores]	339	0,1
(D50-D89) Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	249	0,1
(E00-E90) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1855	0,5
(F00-F99) Transtornos mentais e comportamentais	4902	1,4
(G00-G99) Doenças do sistema nervoso	1372	0,4
(H00-H59) Doenças do olho e anexos	8463	2,4
(H60-H95) Doenças do ouvido e da apófise mastóide	9578	2,7
(I00-I99) Doenças do aparelho circulatório	8570	2,4
(J00-J99) Doenças do aparelho respiratório	77830	21,8
(K00-K93) Doenças do aparelho digestivo	25758	7,2
(L00-L99) Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8753	2,5
(M00-M99) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	22308	6,3
(N00-N99) Doenças do aparelho geniturinário	12335	3,5
(O00-O99) Gravidez, parto e puerpério	81	0,0
(P00-P96) Algumas afecções originadas no período perinatal	131	0,0
(Q00-Q99) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	16	0,0
(R00-R99) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	64477	18,1
(S00-T98) Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	51645	14,5
(V01-Y98) Causas externas de morbidade e de mortalidade	4143	1,2
(Z00-Z99) Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	27310	7,7
<b>Total</b>	<b>356838</b>	<b>100,0</b>

Fonte: autora.

Quanto ao desfecho para internação dos atendimentos realizados no PSC, não foi possível conhece-lo, em razão dos registros no Sistema CROSS ocorrerem de forma compartilhada com o Pronto Socorro Infantil, o que demandaria analisar 15.386 fichas.

## **5.2. Associação da população adscrita às UPA, com a de usuários classificados como não urgentes, por aparelhos da ABS**

A Tabela 17 apresenta as UPA, com sua população adscrita, o número de usuários com classificação não urgentes (verde e azul) e o número de aparelhos da ABS (UBS e USF) respectivo, no período de 2014 a 2015. Existe Correlação de Pearson positiva entre o número de usuários com classificação não urgente e o número de aparelhos ABS; entre o número de usuários com classificação não urgentes e a população adscrita à ABS (UBS+USF); entre o número de aparelhamento da ABS e a população adscrita à ABS (UBS+USF).

Para o cálculo da correlação de Pearson, o número de usuários classificados não urgentes de 2014, da UPA Ipiranga, foi considerado o mesmo número de 2015, isto é, repetiu-se o valor de 23.466 usuários.

Com a positividade na Correlação de Pearson, verificou-se que o número de usuários classificados como não urgentes nas UPA independe do número de aparelhamento da ABS, nas regiões adscritas às UPA.

Tabela 17. Correlação entre o número de atendimentos de usuários classificados não urgentes nas UPA e o número de aparelhos da ABS (UBS e USF) adscrito às UPA, no período de 2014 a 2015. Município do Interior Paulista, 2017

Unidades de Pronto Atendimento (UPA)				Atenção Básica de Saúde (ABS)			
UPA	População adscrita UPA	Nº usuários classificados não urgentes - 2014	Nº usuários classificados não urgentes - 2015	Nº de unidades ABS	População adscrita (UBS+USF)	UBS população adscrita	USF população adscrita
IPIRANGA	72.000	-	23.466	3	76.000	76.000	-
BELA VISTA	101.400	52.364	42.889	10	123.862	98.362	25.500
MARY DOTA	81.500	42.043	36.426	5	70.500	45.000	25.500
GEISEL	74.000	24.838	33.678	3	55.000	55.000	-
Total	328.900	119.245	136.459	21	325.362	274.362	51.000

Correlação de Pearson: Número de usuários classificados como não urgentes (Verde e azul, segundo Classificação de Risco) X Número de Unidades da ABS,  $r = 0,92$

Correlação de Pearson: Número de usuários classificação não urgentes X População adscrita à ABS (Unidade Básica de Saúde – UBS e Unidade Saúde da Família - USF),  $r = 0,74$

Correlação de Pearson: Número de Unidades da ABS X População adscrita à ABS,  $r = 0,94$

## 6. DISCUSSÃO

A realização desta pesquisa possibilitou caracterizar e analisar a utilização da RUE, por usuários acima de 13 anos, de município do interior paulista, levando-se em consideração o aparelhamento da ABS adscrita às UPA.

Verificou-se, por meio de a Correlação de Pearson que, o número de usuários classificados como não urgentes, independe do número de UBS e USF alocadas nas regiões das UPA. Desta forma, às que contavam com maior número de aparelhos da ABS (UBS e USF) por habitante, não apresentaram números menores de atendimentos de usuários, com classificação de risco não urgente (verde e azul).

Em face desses resultados e considerar o município com sua saúde estruturada, em redes de ABS e Especializada, RUE e hospitalar, demandou compreensão das razões que poderiam estar contribuindo para o movimento desses usuários para serviços de urgência, visto que uma análise superficial pode responsabilizar somente o usuário.

A propósito, buscar-se-á compreender inquietação, a partir dos resultados desta pesquisa, interpretados à luz da produção do conhecimento sobre o objeto.

De 2014 a 2015, a RUE municipal realizou 808.027 atendimentos, distribuídos 614.385 nas quatro UPA e 189.642 no PSC, com médias de atendimentos mensais entre 4.811 a 9.745 (Tabelas 1 e 13).

Dessas UUE, a UPA Bela Vista, por abranger maior população adscrita, superou médias de atendimentos mensais (9.745), seguida do PSC (7.869). Contudo, quando se analisou, separadamente, as UPA do PSC, verificou-se o PSC com média de atendimento 1,2 vezes maior, quando comparada à das quatro UPA (Tabela 1 e 13).

Essa expressividade de atendimentos no PSC, em relação às UPA, deu-se em razão do mesmo constituir-se referência municipal para o trauma, concentrando maior número de especialidades (ortopedia e cirurgia geral) e

proximidade a hospital terciário, também, referência para o tratamento do trauma, junto ao SUS.

Tais características e o perfil de CID mais frequentes, nos atendimentos do PSC, justifica o fato do mesmo ter concentrado o dobro (14%) de atendimentos de usuários com agrupamento dos diagnósticos: lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (Tabela 16), comparado ao mesmo agrupamento, nos atendimentos nas UPA ( 6,2% à 7,4%) (Tabela 4). Assim como, destacar as doenças do aparelho respiratório, como primeira ocorrência nos atendimentos (22%) (Tabela 16).

Contudo, o CID mais frequente nas UPA, preponderou (18 a 23%) o agrupamento relativo a sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, seguido de 15 a 17% de doenças do aparelho respiratório (Tabela 4). Dentre estas, a infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada, acometendo a maior quantidade de usuários da faixa etária de 21 | 40 anos (Tabela 5). A terceira categoria, com aproximadamente 12%, reuniu as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, especificamente, dor lombar baixa, prevalentes em usuários da faixa etária de 21 | 40 anos e 40 | 60 anos (Tabela 6).

A contento, o perfil de CID nos atendimentos de usuários das UPA, também sugerem que os mesmos poderiam ser realizados nas UBS e USF, pois ocorrem em faixas etárias de usuários economicamente ativos.

O perfil de CID encontrado nesta pesquisa corrobora o de estudos conduzidos em UUE, em cidades dos estados de São Paulo<sup>(16)</sup>, Minas Gerais<sup>(15)</sup> e Rio Grande do Sul<sup>(47)</sup>, sugerindo tendência nacional.

O desfecho para internação hospitalar de aproximadamente 1% dos atendimentos de usuários das UPA (Tabela 8), apresentado neste estudo, coaduna com a classificação de risco, realizada nessas UUE, apontando 94% dos usuários atendidos nas UPA, com classificação pouco urgentes (verde) e não urgentes (azul) (Tabela 9).

Este estudo constatou o período diurno, reunindo  $\frac{3}{4}$  dos atendimentos em todas as UUE (Tabelas 2 e 14 ), mesmo valor encontrado em pesquisa realizada

em uma UPA, de município do interior de Minas Gerais<sup>(17)</sup>, assim como recorrente em outras pesquisas<sup>(44,45)</sup>.

Todavia, estudo conduzido em UUE, de município do interior de São Paulo, apontou outros períodos com maiores fluxos, das 12 às 18h (36,4%) e das 18h às 24h (30,7%)<sup>(19)</sup>.

Apesar de UUE apresentarem maior fluxo de usuários diurnamente, dados de pesquisas revelam tendência noturna a usuários com acometimentos de maior gravidade<sup>(46)</sup>.

Quanto a classificação de usuários frequentes adotada por esta pesquisa, a maioria dos atendimentos realizados nas UUE incidiu no intervalo quatro a sete vezes anuais, com média de 8%, podendo chegar a 11% do total de atendimentos. Assim como, casos isolados encontrados, de 66 a 367 vezes (Tabelas 3 e 15).

Esse fenômeno não ocorre somente no Brasil, mas em outros países, como na capital australiana, onde observou-se usuários frequentes com 218 vezes, e em Portugal 401 vezes<sup>(26)</sup>.

Estudo correlato a este, apontam que frequência de atendimentos por usuário frequentes, variou de aproximadamente 10% à 24%, do total<sup>(17, 22, 23, 44)</sup>. O que classifica o município com atendimentos de usuários frequentes, compatível com valores nacionais.

Todavia, o número de atendimentos aos usuários frequentes, precisa ser avaliado periodicamente, por contribuir para o aumento da demanda e sobrecarga de trabalho nas UUE<sup>(11, 17, 18, 34, 47)</sup>.

Com este estudo evidenciou-se que, apesar das UPA estruturadas de complexidade intermediária, entre as UBS, USF e a rede hospitalar<sup>(48)</sup>, elas têm desempenhado, com expressividade, o acolhimento do usuário classificado como não urgente no município. Além de intervir em condições clínicas dos mesmos e contrarreferenciá-los aos demais pontos da RAS, entre eles às unidades de ABS, unidades especializadas ou internação hospitalar, conforme previsto no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS<sup>(48)</sup>.



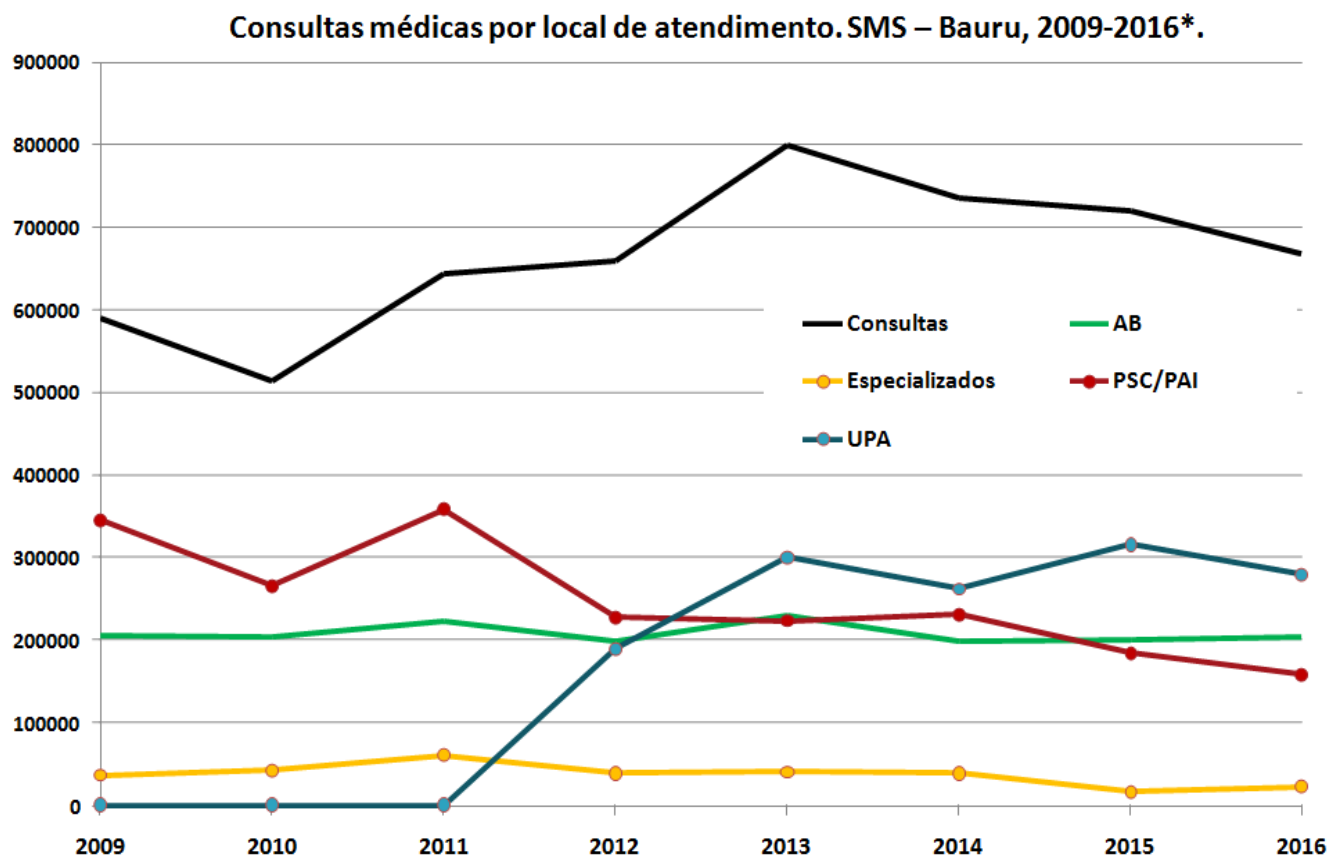
Entretanto, esse acolhimento em ambientes de unidades da ABS seria mais adequado, por estas desempenharem ações de saúde, voltadas ao cuidado integral, assim como desenvolver e manter vínculo longitudinal de acompanhamento.

Para Starfield (2002) a longitudinalidade ou vínculo longitudinal é um dos atributos da atenção primária, considerado característica central e exclusiva deste nível de atenção, e conceituada pela autora como o acompanhamento realizado ao usuário ao longo do tempo, por um médico de família e/ou equipe de saúde da família, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos<sup>(49)</sup>.

Todavia, esta pesquisa analisou, por meio da Correlação de Pearson, o número de usuários classificados como não urgentes nas UPA do município, independentemente do número de aparelhamento da ABS, nas regiões adscritas às UPA.

Presume-se tal resultado à insuficiência de unidades de ABS. Inferência fundamentada nos dados divulgados pelo Departamento de Planejamento Avaliação e Controle (DPAC), do município estudado<sup>(50)</sup>.

Figura 2: Consultas médicas por local de atendimento, no município estudado, de 2009 a 2016



2016\*: Projeção a partir 1º semestre

Fonte: Prefeitura Municipal de Bauru, Secretaria Municipal de saúde, 2016.

Verificou-se na Figura 2, ascensão de consultas médicas realizadas no município, a partir de 2011, com implantação das UPA e, concomitantemente, descenso nas ocorridas no PSC. Contudo, o número de consultas realizadas nas unidades da ABS e especializadas se mantiveram<sup>(50)</sup>.

Esses dados denotam que, a reorganização da RUE, com a implantação das UPA, não foi suficiente para reestruturar a RAS municipal, uma vez não ampliado ao usuário acesso suficiente às unidades da ABS e Especialidades. Levando, muitas vezes, usuários não urgentes a dirigirem-se às UUE, como primeira escolha de tratamento.

A propósito, para um município proporcionar atenção integral à sua população, há necessidade de manter equilíbrio de acesso aos usuários, a todos os níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade.

As limitações deste estudo deram-se em razão de se utilizar dados secundários, coletados a partir de sistema de informação, que não permite alimentação de dados da assistência à saúde do usuário. O acesso a estes dados, ainda é manual, por técnica de análise de documentos.

Este fato impediu que se realizasse associações entre variáveis que, caracterizaram os atendimentos, assim como não foi possível conhecer o desfecho para internação nos atendimentos dos usuários do PSC, por este compartilhar dados com o Pronto Socorro Infantil.

Enfatiza-se ainda que, apesar do PSC realizar classificação de risco de seus usuários, esta não se transforma em dados estatísticos, como ocorre nas UPA. A obrigatoriedade para habilitação dessas unidades pelo Ministério da Saúde, talvez seja a razão que tem impellido os enfermeiros a transformarem suas avaliações em dados estatísticos, mesmo manualmente. Assim como, verificou-se apenas 44% dos atendimentos de usuários nas UPA com classificação de risco, por esta ser de competência do enfermeiro e, portanto, na sua ausência na sala de acolhimento, não se realiza.

Por fim, considera-se este estudo contribuir com a implementação e gestão do sistema de saúde municipal, por oferecer conhecimentos sobre acessibilidade de usuários não urgentes às UPA e para a reorganização desses em unidades da ABS. A originalidade deste estudo está na resposta à objeto escasso de pesquisa, analisando usuários da RUE com o número de unidades e população adscrita à ABS.

Ademais, esta pesquisa pode ajudar os profissionais que lá trabalham a desmistificarem atitudes de culpabilização de usuários, por sobrecarga de trabalho.

## 7. CONCLUSÕES

A realização deste estudo possibilitou alcançar os objetivos propostos, de maneira que:

- a população adscrita às UPA totalizou 328.900 pessoas, distribuída: 72.000 (Ipiranga), 101.400 (Bela Vista), 81.500 (Mary Dota) e 74.000 (Geisel);
- o número de Unidades de Atenção Básica adscrita por UPA perfaz 21: três UBS (Ipiranga), sete UBS e três USF (Bela Vista), duas UBS e três USF (Mary Dota), três UBS (Geisel);
- dos 270.990 usuários submetidos à classificação de risco, apenas 6% configurou-se em atendimento de emergência (vermelho) e urgência (amarela) e a maioria (94%) pouco urgente (verde) e não urgente (azul);
- dos agrupamentos de doenças, propostos pelo CID, destacou nas UPAS (18 a 23%) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, seguido de 15 a 17% de doenças do aparelho respiratório;
- as faixas etárias de usuários economicamente produtivos foram as mais acometidas pelo perfil diagnóstico;
- o período diurno reuniu 75% dos atendimentos realizados nas UUE da RUE;
- o intervalo de quatro a sete vezes atendimentos anuais reuniu a maior porcentagem de usuários frequentes, de oito a 11%;
- apenas um por cento dos usuários atendidos nas UPA tiveram desfecho para internação hospitalar;
- de acordo com a Correlação de Pearson, o número de usuários classificados como não urgentes (verde e azul), independe do número de UBS e USF alocadas nas regiões das UPA. De modo que, às que apresentavam-se com maior número de aparelhos da ABS (UBS e USF) por habitante, não sinalizaram números menores de atendimentos de usuários, com classificação de risco não urgente.

Em face de os resultados, esta pesquisa sugere:

- a curto prazo:
  - (1) ampliar a cobertura de classificação de risco de usuários atendidos nas UUE;

(2) desenvolver sistema de informações que permita alimentar registros de dados sobre à assistência da saúde, para gerar indicadores que venham subsidiar a gestão dos serviços;

(3) ampliar acesso à ABS, de forma a criar novas unidades, assim como flexibilizar agendas de atendimentos, ao invés de se restringir determinados cuidados com horários fixos. Uma das propostas imediatas, seria ampliar atendimento aos sábados. Estudo verificou demanda por capacidade adicional, só diminuir com consultas aos sábados. As consultas noturnas, durante a semana, não obtiveram resultado significativo. Assim sendo, a demanda deve ser direcionada pela preferência e não pela capacidade adicional por si só. Logo, melhorar a eficiência do sistema de agendamento pode não reduzir tanto a demanda populacional se não considerar a conveniência<sup>(48)</sup>. É imprescindível em processo de reestruturação de serviços o oferecimento de um cuidado oportuno e centrado em necessidades e preferências do usuário<sup>(51)</sup>.

- a médio prazo:

(1) planejar e implementar reorganização da RAS do município estudado, por intermédio de ações que direcionem a atenção básica como elemento estrutural central da organização de sistemas de saúde<sup>(52)</sup>;

(2) seguir os princípios da RAS, determinados pela população adscrita demarcada às regiões de saúde, ligações entre pontos de atenção permitidos por sistemas logísticos (identificação de usuários, centrais regulação, registro eletrônico, sistemas de governança institucional, gerencial e de financiamento)<sup>(53)</sup>;

(3) organizar assistência à saúde, por meio de Modelo de Atenção à Saúde adotado<sup>(53)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Às Urgências*. 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1600, 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 Of da União*. 2011.
3. Silva VPM Da, Silva AK Da, Heinesch H, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarinenses Med*. 2007;36(4):18-27.
4. O'Dwyer G, de Mattos RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis*. 2012;22(1):141-160. doi:10.1590/S0103-73312012000100008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. n. 2048/GM/MS de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Brasília MS*. 2002.
6. Simons DA. Avaliação do Perfil da Demanda na Unidade de Emergência em Alagoas a partir da Municipalização da Saúde e do Programa de Saúde da Família. 2008:161.
7. Acosta AM, Alice M, Lima S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. 15(2):564-573. doi:10.5216/ree.v15i2.17526.
8. Leal ML et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Medicina (B Aires)*.:1279-1290.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.020, de 13 de maio de 2009.
10. Emergências saem do preto e branco. *Enferm em Rev*.
11. Oliveira SN De, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML Do, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Context - Enferm*. 2015;24(1):238-244. doi:10.1590/0104-07072015003390011.
12. Salome G, Martins M, Esposito V. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev bras enferm*. 2009;62:856-862.
13. Ohara R, Melo MRADC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):749-754. doi:10.1590/S0034-71672010000500009.
14. COREN. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprovado pela Resolução Cofen nº421, de 15 de fevereiro de 2012.
15. Matsushita MS, Adami NP CM. Dimensionamento do pessoal de enfermagem

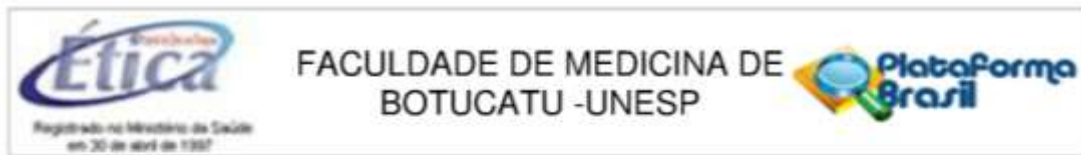
- das unidades de internação do Hospital São Paulo \*. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):9-19.
16. Barreto RDF, Gomes CZL, Silva RM Da, et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Dor.* 2012;13(3):213-219. doi:10.1590/S1806-00132012000300004.
  17. Machado GVC, Oliveira FLP de, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo P de F. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad Saúde Coletiva.* 2015;23(4):416-424. doi:10.1590/1414-462X201500040177.
  18. Garcia VM, Reis RK. Profile of users assisted in a non-hospital emergency unit. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):261-267. doi:10.5935/0034-7167.20140035.
  19. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Dos Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(4):1-9.
  20. Guedes H, Almeida Á, Ferreira F, Júnior G, Chianca T. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev Enferm Ref.* 2014;4(1):37-44. doi:10.12707/RIII13108.
  21. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report.* 2008;(7):1-38. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr007.pdf>.
  22. van Tiel S, Rood P, Bertoli-Avella A, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *Eur J Emerg Med.* 2015;22(5):306-315. doi:10.1097/MEJ.0000000000000242.
  23. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Ann Emerg Med.* 2010;56(1):42-48. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.01.032.
  24. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, et al. Frequent users of emergency department services: Gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med.* 2011;18(6):64-69. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x.
  25. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med.* 2006;48(1):1-8. doi:10.1016/j.annemergmed.2005.12.030.
  26. Oliveira A. Hiper utilizadores e urgência. *Acta Med Port.* 2008;21(6):553-558.
  27. Acosta AM, Lima MADDS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(2):337-344. doi:10.1590/0104-1169.0072.2560.
  28. Lucas R, Sanford S. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. 1998;32(5):563-568. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9795318>.
  29. Pines J, Buford K. Predictors of frequent emergency department utilization in

- Southeastern Pennsylvania. *J Asthma*. 2006;43(3):219-223. doi:10.1080/02770900600567015.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM. 2002.
  31. Moore L, Deehan a, Seed P, Jones R. Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. *Emerg Med J*. 2009;26(4):263-267. doi:10.1136/emj.2008.059428.
  32. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. e Emergência : abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. 2013.
  33. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Med*. 2012;45(1):31-38.
  34. Quinones S. Saving the ER for real emergencies: costly “frequent fliers” are being encouraged to visit clinics in LA. *Los Angeles Times*. 2007.
  35. Office of the Press Secretary. Remarks by the President to a Joint Session of Congress on Health Care. *The White House*. 2009.
  36. Medford-Davis LN, Eswaran V, Shah RM, Dark C. The patient protection and affordable care act’s effect on emergency medicine: A synthesis of the data. *Ann Emerg Med*. 2015;66(5):496-506. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.04.007.
  37. McClelland M, Asplin B, Epstein S, et al. The Affordable Care Act and emergency care. *Am J Public Heal*. 2014;104(10):8-10. doi:10.2105/AJPH.2014.302052.
  38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 2013:16.
  39. Gawryszewski V, Neumann A, Sesso R, Shirassu M, Rodrigues S, Ribeiro A. Tendência e perfil das doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo. *Bol Epidemi Paul*. 2009;6(66):4-16.
  40. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. *Bauru Secr Munic Saúde*. 2010.
  41. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na porta de entrada da urgência e emergência. *Prefeitura Munic Bauru*. 2016.
  42. Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10. 2008.
  43. Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde [Internet]. São Paulo; 2010. [citado 2017 Jan. 22]. Disponível em <http://http://www.cross.saude.sp.gov.br/>
  44. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):1069-1079. doi:10.1590/S1413-81232011000700039.
  45. Acosta AM. Usuários frequentes de um serviço de urgência : perfil e motivos de busca por atendimento.. 2013.
  46. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R, Sosa Acosta Á.



- “Filtro sanitario” en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. *Rev Cubana Med.* 2001;40(3):181-188.
47. Abelson R. Uninsured put a strain on hospitals. *New York Times.* 2008.
  48. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo Da Rede de Atenção Às Urgências E Emergências No Sistema Único de Saúde (SUS).* 2013.
  49. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. *Brasília UNESCO Ministério da Saúde.* 2002.
  50. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento Avaliação e Controle (DPAC). *Prefeitura Munic Bauru.* 2016.
  51. Rocha SA, Bocchi SCM, de Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: Revisão integrativa. *Physis.* 2016;26(1):87-111. doi:10.1590/S0103-73312016000100007.
  52. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy (New York).* 2002;60(3):201–218.
  53. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.

## ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO CEP PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DE  
BOTUCATU -UNESP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE-USUÁRIO FREQUENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

**Pesquisador:** RITA DE CASSIA ALTINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51353415.7.3001.5411

**Instituição Proponente:** Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.399.844

#### Apresentação do Projeto:

O projeto está adequado, com todos os itens necessários para uma pesquisa científica, que se propõe realizar uma pesquisa qualitativa, com a finalidade de compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Será realizado com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e usuários de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento de Bauru - UPA.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender a experiência interacional dos profissionais de saúde - usuário frequente dos serviços de urgência e elaborar modelo teórico representativo da experiência de cada profissional: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e usuário frequente dos serviços de urgência.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos aos participantes como exposição de pensamentos e julgamentos sobre o usuário frequente. Já como benefícios, os profissionais poderão desenvolver estratégias de melhoria e acolhimento aos usuários frequentes.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi lançado na Plataforma Brasil a Faculdade de Medicina de Botucatu, como Instituição

**Endereço:** Chácara Butignoli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

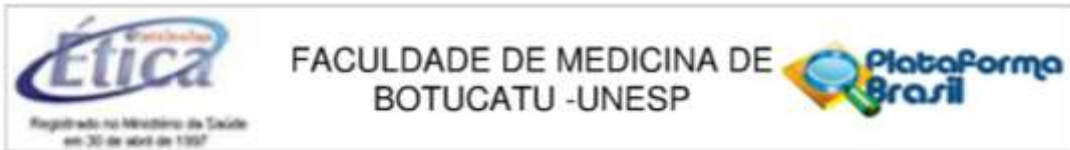
**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1608

**CEP:** 18.618-970

**Município:** BOTUCATU

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.399.844

Coparticipante, haja vista que nesta Unidade Universitária será desenvolvidos os créditos do Curso de Pós Graduação, no qual a aluna em questão está matriculada.

Todos os procedimentos da pesquisa serão desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Bauru, a qual foi devidamente postada a Anuência da Secretaria de Saúde.

A primeira aprovação foi expedida pelo CEP da Universidade do Sagrado Coração em Bauru.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Solicitamos que ao final da execução do presente estudo seja enviado ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sugiro aprovação sem necessidade de envio à CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 01/02/2016, sem necessidade de envio à CONEP.

Alertamos aos pesquisadores sobre a necessidade de enviar o respectivo "Relatório Final de Atividades" tão logo o presente estudo seja concluído. Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627590.pdf	27/11/2015 09:31:44		Aceito
Outros	Questoeparaentrevista.docx	26/11/2015 20:55:31	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627590.pdf	20/11/2015 08:28:58		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/11/2015	RITA DE CASSIA	Aceito

**Endereço:** Chácara Butignóli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1608

**CEP:** 18.618-970

**Município:** BOTUCATU

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 1.399.844

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08:22:26	ALTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/11/2015 15:14:32	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EXPERIENCIAINTERACIONALEQUIPE.docx	17/11/2015 15:14:01	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 01 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br