

Artigo original

## Caracterização da demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento do Município de Recife *Characterization of the demand of an Emergency Care Unit of the Municipality of Recife*

B. B. de Amorim<sup>1</sup> M. R. C. da Penha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>[brunabittencourtdeamorim@gmail.com](mailto:brunabittencourtdeamorim@gmail.com), <sup>2</sup>[rollandmarcel95@gmail.com](mailto:rollandmarcel95@gmail.com)

<sup>1,2</sup>Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Received: 15 April 2020 / Accepted: 27 March 2021

**Resumo:** Objetivo: Caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Recife, Pernambuco, Brasil. Método: Trata-se uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa de janeiro a junho de 2019. Foram coletados dados secundários, obtidos por meio de relatórios gerais e gerenciais do sistema de informação, utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Resultados: Constatou-se a alta demanda de usuários, principalmente que buscaram o serviço por motivos pouco ou não urgentes, que poderiam ser atendidos na atenção primária. Conclusão: Uma parcela significativa dos atendimentos não foi caracterizada como urgência e emergência. Faz necessárias mudanças nas políticas de saúde relacionadas à Rede de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção Primária em Saúde, a fim de reorganizar, identificar e estabelecer estratégias de Atenção, que forneçam uma assistência de saúde qualificada e resolutiva evitando a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência.

**Palavras-chave:** Demanda de serviço de saúde; Urgência e Emergência; Gestão.

**Abstract:** Objective: To characterize the demand of users and the type of service provided in an Emergency Care Unit in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. Method: This is a descriptive and analytical research with a quantitative approach from January to June 2019. Secondary data were collected, obtained through general and managerial reports of the information system, used by the State Health Department of Pernambuco. Results: There was a high demand from users, mainly who sought the service for reasons that were not urgent or not, which could be attended in primary care. Conclusion: A significant portion of visits was not characterized as urgency and emergency. Changes in health policies related to the Urgency Care Network and the Primary Health Care Network are necessary to reorganize, identify and establish care strategies that provide qualified and resolute health care, avoiding overcrowding of health services.

**Keywords:** Health service demand; Urgency and emergency; Management.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a política de saúde vigente, a atenção primária à saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial e canal de comunicação com todos os demais pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde. A atenção à saúde é estruturada, por exemplo, em redes de atenção à saúde mental; redes de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às urgências e às emergências, dentre outras<sup>1</sup>.

Especificamente, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo grandes avanços. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) formulou uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais, que visa ao atendimento das situações de urgência, seja qual for o nível de atenção, com o intuito de eliminar a exclusividade de atendimento nos prontos-socorros hospitalares<sup>2</sup>.

A RAU no Brasil é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde (ABS), Serviço

Móvel de Urgência (SAMU), Centrais de Regulação dos Serviços Móveis de Urgência, Sala de Estabilização, Componente pré-hospitalar fixo - Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Componente Hospitalar, Atenção domiciliar, promoção, prevenção, vigilância à Saúde e Força Nacional de Saúde do SUS<sup>3</sup>.

Nesse cenário, o atendimento pré-hospitalar fixo, por meio das UPAs, foi definido como a primeira assistência ofertada ao usuário em casos de quadros agudos, traumas e quadros psiquiátricos, que possam levá-lo à morte ou sequelas, visando proporcionar um atendimento e/ou transporte adequado para rede referenciada, hierarquizada, regulada e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, quando necessário<sup>4</sup>.

Dessa forma, as UPAs são definidas como um serviço de estrutura intermediária entre a ABS e a rede hospitalar, tendo como principais funções: atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a ABS; atender à população aos finais de semana e à noite, quando as unidades básicas estão fechadas; reduzir a

demanda nos hospitais com maior grau de complexidade; e ainda, articular-se com a APS, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da RAS, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região<sup>5</sup>.

Diante desse contexto, o objetivo com esse estudo é identificar o perfil das demandas de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas em Recife. Espera-se contribuir com a organização destes dados, para que sejam utilizados como ferramenta de planejamento das ações em saúde, e consequentemente reduzir as superlotações devido à demanda crescente do serviço de urgência e emergência.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa do período de janeiro a junho de 2019. O estudo foi realizado através do levantamento de todo o referencial teórico e dados de uma UPA do município de Recife, Pernambuco, sendo estes impressos ou disponíveis em sites do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde de Pernambuco. Para a análise dos dados

foi utilizado o software SPSS versão 20.0.

O protocolo de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética devido à natureza pública e administrativa dos dados, que não incluíam identificação do trabalhador ou da empresa. No entanto as informações foram tratadas rigorosamente com confidencialidade, respeitando os critérios da beneficência e não maleficência da produção científica, conforme os preceitos éticos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As UPAs podem ser classificadas em três portes: I, II e III, os quais são definidos de acordo com a população do município, a estrutura, o número de leitos, gestão de pessoas e a capacidade diária de atendimento. A Unidade em análise, é considerada como Porte 3, conforme a Portaria número 10 de 3 de janeiro de 2017<sup>6</sup>.

Do mês de janeiro a junho de 2019, a Unidade realizou um total de 70.406 atendimentos médicos, na área de clínica médica, pediatria e ortopedia. O gráfico 1 aponta o predomínio de atendimentos de clínica médica, com 66,5% dos atendimentos durante o período avaliado.

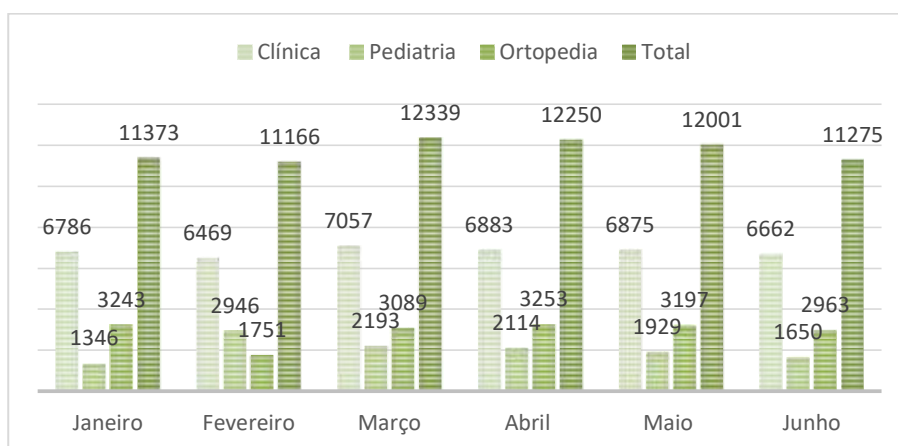


Gráfico 1: Número de atendimentos por área e total

Cerca de 33% dos atendimentos foram classificados como urgência e emergência. Houve uma média de 327 atendimentos por dia e 14 por hora. O tempo médio de permanência na Unidade dos pacientes que permaneceram na Unidade por mais de 24 horas, foi de 63 horas.

Outro dado importante, é que apesar de realizar poucas transferências, a Unidade enfrenta dificuldade com a falta de macas de transporte devido a retenção destas nos grandes hospitais da região, representando cerca de 37% da razão de permanência de pacientes na Unidade. Outros motivos seria a falta de vaga em hospitais e baixa disponibilidade de leitos com oxigenoterapia.

A fim de sistematizar e agilizar os atendimentos de acordo com as reais necessidades dos pacientes, surgiu o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco, PACR<sup>7</sup>. O PACR identifica pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, ou seja, separa o indivíduo com risco de morte daquele que pode esperar sua

vez com segurança<sup>7,8</sup>.

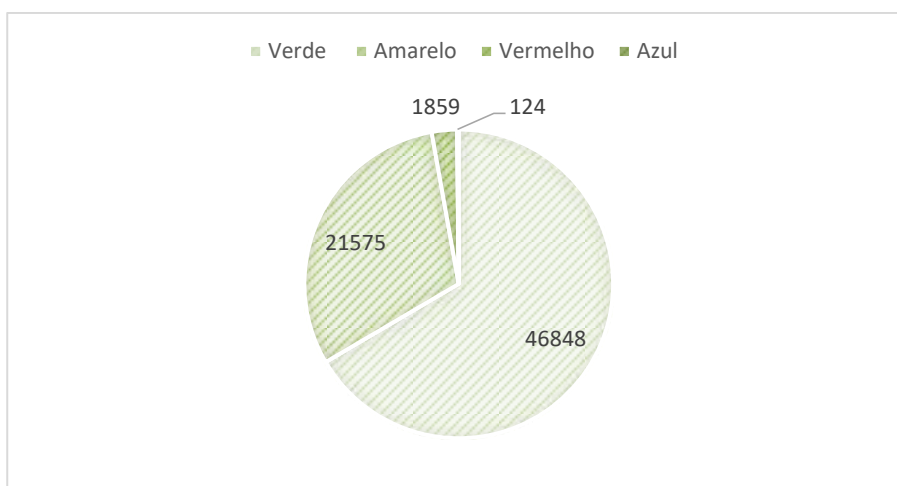
Um dos protocolos mais utilizados do mundo é o Protocolo de Manchester (Manchester Triage System - MTS), que classifica os pacientes em cinco níveis de riscos que são referidos por cores para facilitar a visualização. De acordo com a cor estratifica-se o tempo de espera para o atendimento médico. A avaliação para classificar os pacientes é feita por um profissional da saúde capacitado, normalmente médico ou enfermeiro, e se dá pela análise dos sinais vitais, saturação de oxigênio, escala de dor e sinais e sintomas apresentados pelo usuário<sup>9</sup>.

Os atendimentos foram distribuídos por níveis de complexidade, conforme gráfico 2, seguindo o Protocolo de Manchester, assim casos de emergência (Vermelho) devem receber atendimento em Pronto Atendimento Hospitalar, os de muita urgência (Laranja) e urgência (Amarelo) atendimento e estabilização em UPAs e os casos de pouca urgência (Verde) e não urgentes (Azul) acolhidos, avaliados e monitorados pela atenção primária, Unidades Básicas de

Saúde e Estratégia de Saúde da Família<sup>9</sup>.

Nota-se no gráfico 2 que os atendimentos pouco urgentes e não urgente são considerados valores expressivos e importantes para o gestor local, uma vez que este usuário deveria buscar primeiro a Rede de Atenção Primária

referenciada antes de se direcionar ao serviço, pois não apresentam potencial de risco para o serviço de Urgência e Emergência<sup>10</sup>.



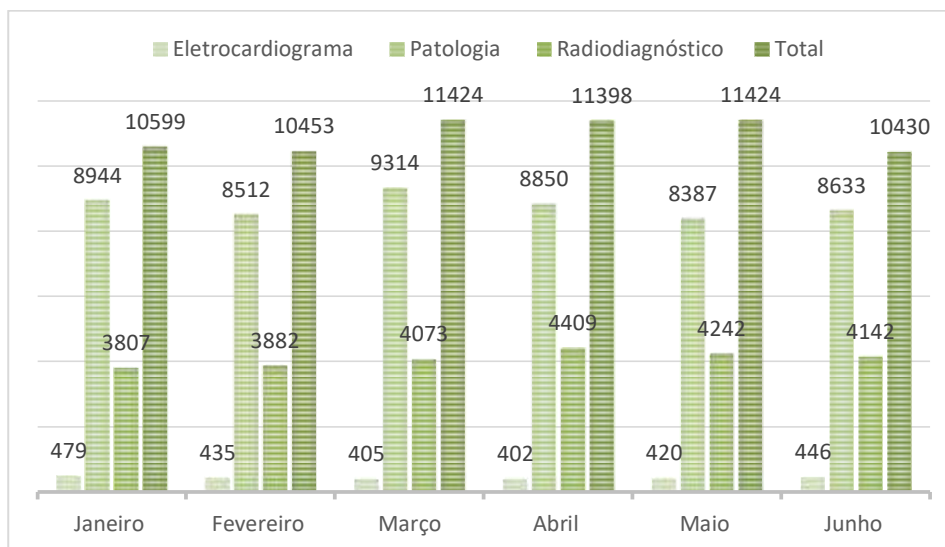
**Gráfico 2 – Protocolo de Manchester: Nível de complexidade**

Os serviços de Pronto Atendimento (PA) são frequentemente utilizados por serem considerados pelos usuários, uma forma de acesso rápido e fácil ao serviço de saúde, uma vez que para o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) é necessário o agendamento das consultas, o que pode levar algum tempo. Um estudo que analisa o perfil de morbidade e motivos de procura de serviços de urgência aponta para uma parcela significativa de ocorrências que poderiam ser solucionadas na atenção básica<sup>11</sup>.

Além disso, acredita-se que é oferecido um atendimento completo com coleta de exames e prescrição/administração de medicamentos momentaneamente, o que nem sempre é possível no atendimento primário<sup>12</sup>. Observa-se também que a crescente

demanda por serviços de urgência é resultado da transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas e degenerativas, considerando-se o aumento da violência urbana e incremento acentuado de acidentes<sup>13</sup>.

Avaliou-se na tabela 3, a necessidade de realização de exames diagnósticos complementares durante as consultas, demonstrando um total de 93,3% dos pacientes. Esse elevado índice, se dá possivelmente em função dos exames serem realizados no próprio local na ocasião do atendimento. Além disso, está acima dos dados nacionais do SUS, os quais mostram que, no Brasil, 52% a 76% das consultas culminam no pedido de exames<sup>14</sup>.



**Gráfico 3: exames complementares**

## CONCLUSÕES

A atenção primária à saúde tem papel fundamental na organização das RAS em geral e em particular da RUE. A integração e funcionamento das redes devem ser resolutivos, identificar riscos, necessidades e demandas em saúde, por meio da clínica ampliada. É necessário, contudo, a coordenação das linhas de cuidado, elaboração, acompanhamento e gerência dos processos terapêuticos e a organização do fluxo dos usuários na RAS.

Nos últimos anos é crescente a procura por atendimento nas UPAs, entretanto, o incremento na estruturação, investimento e readequação desses serviços ainda não é suficiente para suprir toda a demanda. O envelhecimento populacional, a mudança no perfil sociodemográfico e o aumento crescente das doenças crônicas comprometem a qualidade de vida do indivíduo, gerando o aumento da procura por serviços de saúde.

Dessa forma, se fazem necessárias mudanças nas políticas de saúde relacionadas à Rede de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção Primária em Saúde, a fim de reorganizar, identificar e estabelecer estratégias de Atenção, que forneçam uma assistência de saúde qualificada e resolutiva, respeitando os hábitos da população, as condições de vida, o acesso, as dimensões geográficas, aspecto econômico, cultural e educacional da população, garantindo e assegurando o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2015 May 30]; 15(5):2297-2305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf> Acesso em 10 de abril. 2020.
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências: Série E. Legislação de Saúde, 3ª Ed. Brasília (DF): MS; 2006.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2048 de 05 de novembro de 2002: Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília (DF): MS; 2002.
- Ministério da Saúde. Brasil. Portaria MS/GM n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). Seção 1. 2003. p. 56.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 10 de 3 de janeiro de 2017: Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): MS; 2017.
- Ministério da Saúde. Brasil. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF). 2009.
- Galati AG, Santos NSGM. Protocolo de classificação de risco em setor de emergência em um hospital filantrópico do noroeste paulista. *Rev Cient Unilago* 2014[acesso em: 26 setembro 2015]. Disponível em: <http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoatual/Sumario/2014/downloads/3.pdf>. Acesso em 5 de abril. 2020.
- Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Rev Lat.Amer de Enferm* 2011; 19(1): 26-33
- Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Appl Health Econ Health Policy*. 2015; 13(5): 507-14.
- Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(1):170-6.
- Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Rev Cienc Cuid Saude* 2014Out/Dez; 13(4): 665-673.
- Furtado BMASM, Araújo Jr. JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):279-289.C
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.