

Artigo Original

Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012

Associated factors to the use of an emergency service, Ouro Preto, 2012

Geralda Vanessa Campos Machado¹, Fernando Luiz Pereira de Oliveira², Helinton André Lopes Barbosa³, Luana Giatti⁴, Palmira de Fátima Bonolo⁵

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização e a inadequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **Métodos:** Estudo transversal constituído por amostra de 791 atendimentos realizados na UPA de Ouro Preto em 2012. Avaliou-se o uso inadequado da UPA a partir da consulta aos prontuários e aplicação do Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares. Após análise descritiva, realizou-se análise estatística através do X² de Pearson para verificar associações entre uso inadequado e demais variáveis. Realizou-se Regressão Logística Binária para estimação do Odds Ratio. **Resultados:** 58,9% dos atendimentos foram considerados inadequados. A utilização da UPA em dia útil teve maior chance de associação com a inadequação do atendimento (IC = 1,31-2,65), a procura por encaminhamento teve menor chance de inadequação (IC = 0,11-0,64). **Conclusão:** A procura durante os dias úteis e sem encaminhamento por outro serviço de saúde esteve relacionada com a utilização inadequada da UPA. O percentual de atendimentos inadequados aponta para a necessidade de implantação de um sistema de classificação de risco na UPA, melhor estruturação da rede de atenção à saúde e ações educativas junto à população, para orientação de como utilizar de maneira mais eficaz o sistema de urgência/emergência da região de saúde.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência; estudos transversais; avaliação de serviços de saúde.

Abstract

Objective: to evaluate the association between selected sociodemographic, clinical and utilization variables and the inadequate use of an Emergency Care Service (ECS). **Methods:** cross-sectional study with a sample of the 791 care attendances in an ECS during the year 2012 in Ouro Preto. The inadequate use of the ECS was evaluated using the Hospital Urgencies Appropriateness Protocol after descriptive and statistical analysis was performed using the Pearson chi-square test to detect associations between inadequate use and other variables. The binary Logistic Regression was used to estimate the odds ratio. **Results:** 58.8% of the attendances were considered inadequate, with 78.7% of discharge after assistance. The utilization of the ECS in a working day had a greater chance of association with and inadequate care (CI=1.31-2.65). **Conclusion:** The demand during working days and without referral to other health services was related to the inadequate use of the ECS. The percentage of inadequate attendances points to the need to implement a risk rating system in the ECS, better structuring of the health care network and educational activities among the population for guidance on how to more effectively use the urgent/emergency system the health region.

Keywords: emergency medical services; cross-sectional studies; health services evaluation.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

²Departamento de Estatística, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

⁴Departamento de Nutrição Clínica e Social, Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

⁵Setor de Saúde Coletiva, Escola de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Geralda Vanessa Campos Machado – Escola de Medicina, sala 206, Universidade Federal de Ouro Preto – Campus Morro do Cruzeiro s/n – CEP: 35400-000 – Ouro Preto (MG), Brasil – E-mail: vanessa-zu@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

No Brasil, tem-se buscado incentivar o desenvolvimento de Redes de Atenção em Saúde (RAS), de modo que sejam estabelecidas relações horizontais entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde e se garanta a integralidade da assistência¹. Seguindo esse modelo, foi criada em 2011 a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) para prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, inclusive o atendimento ágil e resolutivo nas urgências e emergências².

Segundo Mendes³, as doenças crônicas ainda são enfrentadas na mesma lógica das condições agudas. Nessa concepção, a busca pelo serviço de saúde se dá normalmente em momentos de agudização de doenças crônicas, gerando uma demanda espontânea, principalmente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou internações hospitalares de urgência e emergência⁴.

Carret et al.⁵ relatam que os pacientes que procuraram espontaneamente os serviços de urgência têm 30% mais chance de ter uma utilização inadequada do serviço. Considera-se atendimento inadequado para a UPA aquele que não constitui um caso de urgência ou emergência. O encaminhamento por outro profissional de saúde favorece, além do uso adequado do serviço, a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção⁶. Os usuários que representam a demanda espontânea são atraídos, entre outros aspectos, pela atenção imediata, medicalização e realização de exames mais sofisticados que aqueles disponíveis na atenção primária^{5,7}. Apesar de essa prática parecer mais resolutiva para o usuário, pode desencadear uma série de prejuízos para o sistema como filas, lentidão no atendimento, inclusive de casos graves, insatisfação e estresse na equipe e nos pacientes, diminuição na qualidade do atendimento e, ainda, incremento nos gastos públicos com saúde^{8,9}.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização e a inadequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na região de saúde de Ouro Preto, em 2012.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, de delineamento transversal e abordagem descritivo-analítica, baseado na análise de prontuários dos pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento entre 1º de janeiro e 20 de dezembro de 2012.

A Unidade de Pronto Atendimento selecionada é um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências da microrregião de saúde de Ouro Preto, Minas Gerais, que engloba os municípios de Ouro Preto, Mariana e Itabirito. O serviço mantém funcionamento ininterrupto na clínica pediátrica e de adultos. Uma vez que não havia, no período do estudo, um sistema de classificação de risco implantado, o fluxo dos

atendimentos dentro da unidade era definido na maioria das vezes pela ordem de chegada e registro na recepção.

A determinação do tamanho amostral da pesquisa baseou-se na técnica de Amostragem Aleatória Estratificada¹⁰, que consiste na divisão da população em diferentes estratos ou subpopulações que não se superpõem e, juntas, abrangem a totalidade da população, ou seja (Equação 1):

$$N_1 + N_2 + \dots + N_L = N \quad (1)$$

em que: N_i representa estratos populacionais; N é a quantidade total de indivíduos na população.

Tais subpopulações (1, 2, ..., L) são então submetidas ao processo de amostragem, isto é (Equação 2):

$$n_1 + n_2 + \dots + n_L = n \quad (2)$$

em que: n_i representa as grandezas das amostras dentro dos respectivos estratos; n é a quantidade amostral global.

O tamanho da amostra (n) depende da margem de erro definida para o estudo, ou seja, para essa pesquisa deseja-se uma margem de erro (d) máxima de 0,03 ou três pontos percentuais. Ainda em relação ao tamanho da amostra e seu cálculo, neste estudo foram adotadas algumas suposições referenciadas na literatura, tais como:

- I. Uma distribuição de probabilidade foi assumida, a distribuição Normal ou Gaussiana, com aproximação justificada pelo Teorema do Limite Central¹¹;
- II. Foi definido um nível de confiança para a pesquisa de 95%, ou seja, adotou-se um nível alfa igual a 5% ($\alpha = 0,05$, nível de confiança padrão)¹²;
- III. Foi determinada uma margem de erro para a pesquisa de 3 pontos percentuais para mais ou para menos, como já relatado anteriormente ($d = 0,03$);
- IV. Foi considerada também, como estimativa de variância nos estratos, a variabilidade máxima de uma proporção, ou seja, $S_h^2 = 0,25$ (variabilidade-padrão para estudos de pesquisas onde não existe estudo piloto ou informações anteriores sobre o parâmetro de interesse e baseado no fato de que a variância de uma proporção é sempre menor ou igual a 0,25)¹³.

Considerando as suposições anteriores, o cálculo amostral é dado por (Equação 3):

$$n = \frac{(\sum W_h S_h)^2}{V + \left(\frac{1}{N}\right) \sum W_h S_h^2} \quad (3)$$

em que: $W_h = \frac{N_h}{N}$ é o peso do estrato h , com N_h como o tamanho populacional desse estrato; V é a variância definida a partir da estimativa de erro $V = \left(\frac{d}{Z_{\alpha/2}}\right)^2$, com $Z_{\alpha/2}$ representando o percentil da distribuição normal com nível $\alpha = 0,05$; N é o total populacional; S_h^2 representa a variância nos estratos (definida como 0,25).

Atendendo ao exposto, o número de atendimentos realizados na UPA durante o período definido ($N = 72904$) foi subdividido em estratos independentes, respeitando-se a organização do serviço em suas duas clínicas: médica ($N_m = 57146$) e pediátrica ($N_p = 15758$), ou seja, são dois os estratos que dividem a população. Dessa forma, o tamanho amostral n global pode ser calculado pela expressão 4:

$$n = \frac{(\sum W_h S_h)^2}{V + \left(\frac{1}{N}\right) \sum W_h S_h^2} \quad (4)$$

que, substituindo por valores numéricos, proporcionou o cálculo efetivo (Equação 5), ou seja:

$$n = \frac{\left(\frac{57146}{72904} \cdot 0,5 + \frac{15758}{72904} \cdot 0,5\right)^2}{\left(\frac{0,03}{1,96}\right)^2 + \left(\frac{1}{72904}\right) \left[\frac{57146}{72904} \cdot 0,25 + \frac{15758}{72904} \cdot 0,25\right]} \cong 1052 \quad (5)$$

Sendo assim, foram necessárias 1.052 unidades amostrais e, para cada grupo – clínica pediátrica e de adultos –, foram definidas 12 subpopulações ($N_1, N_2, N_3, \dots, N_{12}$) referentes à distribuição dos atendimentos nos meses do ano. Assim, cada mês representou um substrato dentro do universo amostral. Cada um desses substratos teve quantidade de amostras alocada conforme a proporção de atendimentos¹⁰, seguindo a Equação 6:

$$n_{hi} = n \frac{N_{hi}}{N_h} \quad (6)$$

em que: N_{hi} representa a quantidade de atendimentos no substrato i ($i = 1, 2, \dots, 12$) referente ao estrato h ($h = 1, 2$); N_h é a quantidade de atendimentos no estrato h ; N_{hi} significa a quantidade amostral para o substrato i referente ao estrato h .

Com as seleções determinadas de forma proporcional e separadas nos diferentes estratos e substratos, a amostra de 1.052 atendimentos foi dividida entre as clínicas, permanecendo na clínica de adultos, que é a de interesse deste estudo, uma amostra de 825 atendimentos.

Para finalizar o processo de amostragem e aleatorização dentro de cada mês, a seleção interna aos estratos obedeceu à Amostragem Aleatória Simples Sem Reposição¹³. Dessa forma, os números de prontuários dos atendimentos realizados durante o ano foram submetidos ao *software* Minitab 16 para que a amostra fosse selecionada aleatoriamente.

Todos os processos amostrais foram feitos de forma probabilística, garantindo assim margens de erro e estimativas de confiabilidade, consolidando o processo inferencial sobre as populações pesquisadas, bem como a qualidade da pesquisa.

Os prontuários selecionados foram localizados e os dados de identificação dos pacientes, omitidos. As informações de interesse foram digitadas de forma independente por dois pesquisadores, e nos casos em que houve discordância entre as informações coletadas, um terceiro pesquisador foi acionado e o prontuário reavaliado. Foram coletadas as seguintes informações

dos prontuários dos pacientes: sexo, faixa etária, procedência, dia do atendimento, turno do atendimento, tipo de procura da UPA, desfecho do atendimento e diagnóstico principal.

O uso inadequado dos serviços da Unidade de Pronto Atendimento foi determinado com base no Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar (PAUH)¹⁴. Esse instrumento é utilizado para avaliar a adequação dos atendimentos de usuários com idade igual ou superior a 15 anos, excluindo-se as urgências obstétricas e, originalmente, utiliza os 26 critérios divididos entre cinco grupos, sendo: i) Grupo 1 – Com critério de gravidade com oito subitens, centrado na avaliação da gravidade do atendimento a partir da análise de estabilidade dos sistemas fisiológicos e perda repentina da funcionalidade de algum órgão ou sistema; ii) Grupo 2 – Com critério de gravidade com quatro subitens, centrado em tratamentos que não podem ser realizados pela atenção primária e por procedimentos cirúrgicos, ortopédicos, administração de oxigênio, fármacos ou fluidos por via intravenosa; iii) Grupo 3 – Com critério de gravidade com quatro subitens, com provas diagnósticas que indicam necessidade de diagnósticos rápidos; iv) Grupo 4 – Com critério de gravidade com quatro subitens, que abordam a entrada e o tempo de permanência no serviço; v) Grupo 5 – Critério de gravidade com seis subitens, de acordo com a visão do paciente.

Em relação ao quinto grupo, apenas as informações referentes à proveniência de acidente e percepção de urgência vital puderam ser coletadas a partir dos prontuários, sendo esse o único grupo não incluído totalmente e que apontou a necessidade de adaptação do PAUH. Sendo assim, optou-se por adaptar o protocolo excluindo-se os quatro critérios [1 – Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer ingresso no serviço de urgência; 2 – O paciente relatou ao médico da urgência que apresenta o sintoma; 3 – Requer atenção médica primária com rapidez e o serviço de urgência é o centro mais próximo; 4 – Outros em pacientes espontâneos (especificar)].

De acordo com o estudo de validação do PAUH, nosso estudo considerou o preenchimento de ao menos um dos critérios de gravidade como um atendimento adequado ao serviço de urgência.

Foram excluídos 21 prontuários de pacientes com idade fora do limite proposto pelo PAUH. Para a análise excluíram-se também 13 prontuários por representarem atendimentos de um mesmo paciente. Desses pacientes, selecionou-se o primeiro atendimento no ano. Para este estudo obteve-se uma amostra final de 791 pacientes da clínica de adultos.

A análise dos dados foi realizada pelo SPSS Statistics versão 18. Inicialmente realizou-se análise descritiva, sendo verificadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, bem como a distribuição proporcional das variáveis em relação ao desfecho. Em seguida, realizaram-se as análises, que se basearam na realização de dois testes: 1) Qui-quadrado de Pearson para

identificar possíveis associações entre o uso inadequado da UPA e as demais variáveis; e 2) Regressão Logística Binária¹⁵ baseada nos métodos Stepwise Backward para estimação do Odds Ratio e estatística de Wald para avaliar a significância das variáveis no modelo final da regressão logística. Para todos os testes foi adotado um nível de significância de 0,05.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 04037312.3.0000.5150), conforme ofício CEP n. 122/2012, de 25 de outubro de 2012. Para a realização deste estudo não existiu nenhum tipo de conflito de interesses.

RESULTADOS

No ano de 2012, foram realizados 72.904 atendimentos na UPA estudada, o que representa em média, 200 atendimentos por dia. Em média, cada paciente consultou a UPA duas vezes durante o ano. Ressalta-se que 16,4% dos indivíduos consultaram quatro vezes ou mais. A clínica de adultos foi responsável por 78,4% dos atendimentos realizados na unidade.

Entre os 791 indivíduos incluídos na amostra do presente estudo, constatou-se que a maioria dos atendimentos foi de pacientes do sexo feminino (58,9%) e que 38,1% deles tinham entre 25 e 44 anos de idade (Tabela 1). A idade média foi de 39,3 anos ($\pm 17,3$ anos).

A Tabela 1 mostra também que aproximadamente três quartos dos atendimentos foram realizados nos dias úteis (76,6%), sendo os períodos da manhã e tarde os turnos em que houve mais atendimentos: juntos, representaram 75,4% dos atendimentos.

Dos 744 prontuários em que havia registro da procedência do paciente identificou-se que a grande maioria dos pacientes atendidos residia no município sede da UPA (Ouro Preto), sendo que 80,9% viviam no distrito central e 17,7% nos outros distritos, ditos rurais ou periurbanos (Tabela 1). Foi possível identificar que 95,9% dos pacientes procuraram o serviço por conta própria e, entre os 4,1% restantes, que correspondem a 32 pacientes, 3,5% foram conduzidos por um serviço de suporte (ambulância, polícia militar) e 0,5% encaminhados por outro profissional ou serviço de saúde.

Entre os prontuários em que havia registro da conduta durante o atendimento, 81,3% dos pacientes foram medicados dentro da UPA e 18,7% mantidos em observação. Ressalta-se que em 42,2% dos prontuários não foi possível coletar informações sobre a conduta médica (Tabela 1).

Foram considerados inadequados 58,9% dos atendimentos investigados, por não preencherem nenhum dos critérios do PAUH (Tabela 1). Os casos adequados foram determinados principalmente pelo preenchimento de critérios do protocolo que faziam menção à administração de fluidos ou medicação por via intravenosa (24,3%), radiologia de qualquer tipo (12,5%) e testes laboratoriais (11,6%).

Tabela 1. Características dos atendimentos realizados na clínica de adultos de uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto, Minas Gerais, durante o ano de 2012 (n = 791)

Características	n ^a	%
Sexo		
Masculino	323	41,1
Feminino	463	58,9
Faixa etária		
15 a 24 anos	195	24,7
25 a 44 anos	300	38,1
45 a 64 anos	214	27,2
65 anos e mais	79	10,0
Dia do atendimento		
Dia útil	605	76,6
Sábado/Domingo/Feriado	185	23,4
Turno do atendimento		
Madrugada	28	3,5
Manhã	321	40,6
Tarde	275	34,8
Noite	166	21,0
Procedência		
Sede	602	80,9
Distrito	132	17,7
Outro município	10	1,3
Tipo de procura		
Procura direta	757	95,9
Outro	32	4,1
Conduta		
Medicação	370	81,3
Observação	85	18,7
Desfecho do atendimento		
Alta	605	78,7
Referido para especialidade	85	11,0
Referido para atenção primária à saúde	63	8,2
Internação	16	2,1
Adequação do atendimento		
Inadequado	466	58,9
Adequado	325	41,1

^an varia de acordo com os dados ignorados

Doenças relacionadas ao aparelho respiratório (23,0%), ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (13,5%) e devido a sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos (11,1%) foram os grupos de causa mais frequentemente encontrados entre os atendimentos da UPA. Quando avaliados de acordo com o protocolo, entre atendimentos adequados e inadequados, as doenças relacionadas ao aparelho respiratório permaneceram como a primeira causa em ambos os casos. Entre os casos adequados, os diagnósticos relacionados a “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos” ocuparam a segunda posição. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo ocuparam a segunda posição entre aqueles considerados não urgentes (Tabela 2). Finalizado o atendimento dentro da unidade,

Tabela 2. Causas dos atendimentos realizados na clínica de adultos de uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto, Minas Gerais, durante o ano de 2012, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁶

Grupos de causas	Adequado n ^a (%)	Inadequado n ^a (%)	Total n ^a (%)
Doenças do aparelho respiratório	64 (10,0)	109 (17,0)	173 (26,9)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	30 (4,7)	69 (10,7)	99 (15,4)
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos	49 (7,6)	31 (4,8)	80 (12,4)
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	18 (2,8)	33 (5,1)	51 (7,9)
Doenças do aparelho digestivo	29 (4,5)	18 (2,8)	47 (7,3)
Outras causas ^b	85 (13,2)	108 (16,8)	193 (30,0)
TOTAL	275 (42,8)	368 (57,2)	643 (100,0)

^an varia de acordo com os dados ignorados. ^bDemais grupos de causas: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças da pele e do tecido subcutâneo; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho geniturinário; doenças do ouvido e da apófise mastoide; doenças dos olhos e anexos; doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos; doenças do sistema nervoso; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças infecciosas e parasitárias; fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; neoplasias (tumores); transtornos mentais e comportamentais

78,7% receberam alta, 11% foram encaminhados para alguma especialidade e 8,2% para a atenção primária.

Estiveram associados significativamente com a inadequação do uso da UPA o dia em que o atendimento foi realizado ($p < 0,001$) e o tipo de procura ($p < 0,001$). A análise pela regressão logística indicou que as consultas realizadas nos dias úteis têm aproximadamente duas vezes mais chances de constituírem uso inadequado da Unidade de Pronto Atendimento (OR = 1,86; IC 95%: 1,31-2,65). No que se refere ao tipo de procura, o paciente ser encaminhado por um serviço de saúde ou levado por um serviço de transporte de apoio apresentou associação negativa com o uso inadequado (OR = 0,26; IC 95%: 0,11-0,64) (Tabela 3). O p valor $< 0,05$ da estatística de Wald indicou que o tipo de procura e o dia em que o atendimento foi realizado contribuíram de modo significativo com o desfecho de interesse – utilização inadequada da Unidade de Pronto Atendimento.

Não se investigou associação entre a adequação do uso da UPA e conduta clínica e desfecho do atendimento, uma vez que essas variáveis compõem alguns dos critérios descritos no PAUH: “o paciente está há mais de 12 horas na observação do serviço de emergência” e “o paciente foi encaminhado para internação”. Destaca-se ainda que a exclusão dos 34 prontuários da análise não representou perda diferencial, uma vez que

não houve diferença significativa entre as proporções de uso inadequado entre o grupo excluído e o que permaneceu no estudo ($p = 0,557$).

DISCUSSÃO

A sobreutilização das Unidades de Pronto Atendimento tem sido amplamente discutida na literatura e rotineiramente associada ao uso inadequado^{8,17,18}. Neste estudo, mais de 50% dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento foram classificados como inadequados pelo PAUH e estiveram associados significativamente com o dia do atendimento e o tipo de procura. O uso desse serviço por pacientes que não se encontram em situações de urgência ou emergência representa uma demanda extra que pode gerar aumento no tempo de espera e diminuição na qualidade do atendimento e, ainda, incremento nos gastos públicos com saúde^{8,9}.

Apesar de ser cadastrada como uma unidade de porte I, programada para realizar até 150 atendimentos diários¹⁹, a UPA investigada realizou no ano de 2012, em média, 200 atendimentos por dia. Estimou-se que 58,9% dos atendimentos realizados na clínica de adultos dessa unidade são considerados inadequados de acordo com os critérios do PAUH (Tabela 1). O percentual de inadequação dos atendimentos realizados em serviços de urgência relatado na literatura é bastante diverso, variando de 19% a 90,8%, parcialmente pelas diferentes metodologias empregadas para classificar os atendimentos²⁰⁻²⁵.

Pelo menos 10,1% dos atendimentos poderiam ter sido adequadamente resolvidos no nível de atenção primária uma vez que, de acordo com a variável “desfecho do atendimento”, esses pacientes foram encaminhados para serviços da APS, os quais deveriam funcionar como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (Tabela 1). Essa realidade demonstra a importância de se avaliar o uso dos serviços de saúde como estratégia do planejamento da gestão de saúde, permitindo assim a identificação das demandas e realocação dos pacientes em serviços que correspondam à suas necessidades.

Parte do uso inadequado das Unidades de Pronto Atendimento é atribuída a pacientes considerados “usuários frequentes”^{26,27}. Em nosso estudo, 16,4% dos usuários tiveram quatro ou mais consultas, valor superior aos encontrados por Huang et al.²⁶ e Hunt et al.²⁷, que encontraram, respectivamente, 3,8% e 8% de usuários considerados frequentes (dados não apresentados).

Em relação ao tipo de procura, mais de 95,9% dos atendimentos foram realizados por pacientes que procuraram a UPA por iniciativa própria (Tabela 1). Durand et al.⁹, Garcia et al.²⁵ e Carret et al.²⁸ demonstraram em seus estudos que 63,4%, 76,7% e 97,7% dos atendimentos, respectivamente, foram realizadas a usuários que buscaram o serviço por conta própria ou por aconselhamento de familiares e amigos. A procura espontânea pelo serviço de urgência esteve relacionada com o aumento

Tabela 3. Fatores associados com a adequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto, Minas Gerais, durante o ano de 2012 (n = 791)

Variável	Adequação do atendimento n ^a (%)		X ² de Pearson p valor	Regressão logística binária		
	Adequado	Inadequado		OR	IC 95%	Teste de Wald
Sexo			0,852			
Masculino	134 (41,5)	189 (58,5)				
Feminino	189 (40,8)	274 (59,2)				
Idade			0,078			
15 a 24 anos	66 (33,8)	129 (66,2)				
25 a 44 anos	125 (41,7)	175 (58,3)				
45 a 64 anos	92 (43,0)	122 (57,0)				
65 anos e mais	39 (49,4)	40 (50,6)				
Dia do atendimento			<0,001*			<0,001*
Sábado/Domingo/Feriado	98 (53,0)	87 (47,0)		1		
Dia útil	226 (37,4)	379 (62,6)		1,865	1,311-2,653	
Turno do atendimento			0,363			
Madrugada	13 (46,4)	15 (53,6)				
Manhã	124 (38,6)	197 (61,4)				
Tarde	110 (40,0)	165 (60,0)				
Noite	77 (46,4)	89 (53,6)				
Procedência			0,153			
Sede	231 (38,4)	371 (61,6)				
Distrito	62 (47,0)	70 (53,0)				
Outro município	5 (50,0)	5 (50,0)				
Tipo de procura			<0,001*			0,003*
Procura direta	301 (39,8)	456 (60,2)		1		
Outra (encaminhamentos)	23 (71,9)	9 (28,1)		0,263	0,108-0,640	

^an varia de acordo com os dados ignorados. *significativo ao nível de significância de 5%

de casos inadequados. Carret et al.⁵ relatam que os pacientes encaminhados ao serviço de urgência por profissionais da saúde têm 30% menos chance de configurar utilização inadequada.

Além do tipo de procura, o dia que o paciente buscou o atendimento na UPA também esteve relacionado com o uso inadequado do serviço. Durante os finais de semana e feriados, a demanda na UPA era reduzida e havia menor proporção de atendimentos inadequados (Tabela 3). Esse fato pode indicar que os pacientes que fazem uso inadequado não se deslocam até a unidade naqueles dias habitualmente reservados para descanso e lazer. Resultados semelhantes aos encontrados por outros estudos^{8,20,25}. Coelho et al.⁸ e Furtado et al.²⁰ relatam que há uma maior busca do serviço de urgência na segunda-feira, possivelmente por um acúmulo de demanda durante o fim de semana. Nos dias úteis, as Unidades de Atenção Primária à Saúde em funcionamento contribuiriam para filtrar os atendimentos da UPA²⁸, desde que a rede de atenção à saúde no município esteja bem constituída.

A população mais jovem, que representa cerca de um quarto dos atendimentos da UPA, é a que mais utiliza inadequadamente os serviços de urgência e emergência^{7,25,29}. Isso se explica, em parte, pelo fato de os pacientes idosos apresentarem situações

clínicas mais graves, necessitando de atendimento mais urgente. Jacobs e Matos³⁰ ilustram essa realidade ao relatar que o número de internações e observações (característicos dos atendimentos de urgência) aumenta progressivamente com a idade, passando de 11,9% na menor faixa etária (1 a 4 anos) para 49,34% na maior (80 anos e mais). Além disso, entende-se que com o avançar da idade aumenta a prevalência de doenças crônicas e comorbidades e, conseqüentemente, a chance de o paciente ter consultado previamente outro profissional ou serviço de saúde⁷, fato que diminui as chances de utilização inadequada do serviço de urgência.

Apesar de não se ter encontrado diferença estatística entre os sexos, alguns estudos indicam que o sexo feminino é mais propenso a utilizar inadequadamente o serviço de urgência^{7,25}. Bastos et al.³¹ relatam que os homens procuram o sistema de saúde diretamente pela atenção especializada devido ao fato de demorarem mais a procurar o serviço, ocasionando agravamento da sua condição. Por outro lado, Carret et al.⁷ sugerem que as mulheres teriam maior tempo livre para se consultarem em todos os níveis de atenção, inclusive nos serviços de urgência por razões não urgentes.

Neste estudo, observou-se o alto percentual de atendimentos que resultaram em alta (78,7%), sem encaminhamento para continuidade do cuidado com outro profissional ou em outro serviço de saúde (Tabela 1). De modo semelhante ao aqui encontrado, Jacobs e Matos³⁰ registraram 78,96% dos atendimentos seguidos de alta. Esses resultados podem sugerir que uma parcela de usuários esteja apenas tratando “agudizações” de problemas de saúde, ao mesmo tempo em que não recebem estímulo de profissionais da saúde para continuidade do cuidado em outros níveis de atenção.

Os principais motivos de procura por atendimento na UPA encontrados na literatura se referem a “doenças infecciosas e parasitárias”³², “doenças do aparelho circulatório”²³, os “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais” e as “lesões e envenenamentos por outras consequências de causas externas”^{7,30}. No entanto, identificamos que as “doenças do aparelho respiratório” estão entre as principais causas de procura, tanto para usuários em atendimento inadequado como para aqueles em atendimento adequado (Tabela 2). Esse achado ressalta a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção e acompanhamento dos problemas respiratórios na APS. Segundo Cordeiro³³, os pacientes dos serviços de urgência apresentam em 90% das vezes agudizações de problemas crônicos. Essa situação pode sugerir que as doenças crônicas não estão sendo adequadamente acolhidas na atenção primária. Mendes³ afirma que a retenção de pessoas com “urgências menores” nas unidades de atenção primária se faz necessária para uma adequada organização dos serviços de saúde de urgência e emergência.

A literatura destaca que a procura direta de serviços de urgência e emergência se baseia também na garantia de atendimento imediato; funcionamento durante 24 horas ininterruptas; comodidade; hábito de consultar a UPA; a presença de tecnologias mais complexas não disponíveis em outros serviços; descrédito nas tecnologias simplificadas da atenção primária; acessibilidade geográfica; preferência pela qualidade do atendimento e confiança no atendimento³⁴.

De acordo com o exposto, é possível inferir que são necessárias ações efetivas que organizem adequadamente as redes de atenção à saúde do SUS e que essas sejam apresentadas aos usuários de modo que eles saibam a quem recorrer em suas diferentes condições de saúde. Cordeiro³³ sugere que não exista mais a possibilidade de se trabalhar em urgência sem um sistema de triagem ou classificação de risco implantado, que objetivo

não definir um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica, organizando melhor as atividades dentro do serviço de saúde³.

Apontamos como possíveis limitações deste estudo a falta de completude de alguns registros dos prontuários e a necessidade de adaptar o Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares para pesquisa em prontuários. Entretanto, salientamos esta pesquisa como pioneira na microrregião de saúde de Ouro Preto na avaliação de um serviço de urgência.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a Unidade de Pronto Atendimento é utilizada especialmente por pacientes não urgentes, jovens e que recorrem ao serviço nos dias úteis, durante o horário comercial. Esses usuários são também, em sua maioria, residentes na cidade onde a UPA está instalada. Além disso, por serem usuários que não apresentam condição de saúde de urgência, são na maioria das vezes liberados logo após o atendimento, sem serem encaminhados para outros serviços de saúde para continuidade da atenção.

O uso inadequado da UPA, ou seja, a utilização por pacientes que não apresentavam situação de urgência ou emergência, esteve estatisticamente relacionado com a procura pelo serviço durante os dias úteis com demanda espontânea, sem nenhuma consulta ou encaminhamento prévio. Essa realidade indica a necessidade de se discutir a implantação de um sistema de classificação de risco, estratégia que deve reduzir em médio prazo a inadequação dos atendimentos. Segundo portaria que rege o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento⁴, são competências do gestor responsável pela UPA implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou gravidade do caso. Esse sistema seria ideal para reorganizar o fluxo dos pacientes na UPA, garantido atenção prioritária para os casos mais graves e, ainda, garantindo atendimento a todos que a ela recorrem.

Esses resultados indicam ainda que é imprescindível a discussão da estruturação da rede de atenção à saúde na região de saúde de Ouro Preto. Ressalta-se também que ações educativas devem ser desenvolvidas junto aos usuários, no sentido de orientar sobre o perfil de cada serviço de saúde, para que haja utilização com benefícios individuais e coletivos, visando a integralidade na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saúde Colet.* 2011;16(6):2753-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. PMID:21709973.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, 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) [Internet]. Diário Oficial

- da União, Brasília, 08 de julho de 2011 [citado 2013 jul 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600_07_07_2011.html
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. PMID:20802863.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 2010 [acesso 2013 ago 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
 5. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Publica.* 2009;25(1):7-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100002>. PMID:19180283.
 6. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998 [citado 2012 maio 7]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1>
 7. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* 2007;7(131):1-9.
 8. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, 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 Latinoam Enferm.* 2010;18(4):1-9.
 9. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011;29(3):333-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.003>. PMID:20825838.
 10. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.
 11. Magalhaes MN, Lima ACP. Noções de estatística e probabilidade. São Paulo: EdUSP; 2002.
 12. Meyer PL. Probabilidade: aplicações à estatística. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1984.
 13. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.
 14. Selva TS, Peiró S, Pina OS, Espín CM, Aguilera IL. Validez del protocolo de adecuación de urgências hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica.* 1999;73(4):465-79. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57271999000400004>. PMID:10575935.
 15. Agresti A. An introduction to categorical data analysis. New Jersey: John Wiley & Sons; 2007.
 16. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 [Internet]. [citado em 2015 nov 24]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
 17. Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France [Internet]. *BMC Emerg Med.* 2011;11(19):1-10. [citado 2013 jan 22]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19>
 18. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse [Internet]. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:66. [citado 2013 jan 19]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/66>
 19. Brasil. Portaria nº 104 de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de janeiro de 2014.
 20. Furtado BMASM, Araújo Jr JLC, 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):279-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300006>.
 21. Cordero A, Águila J, Massalana A, Escoto V, Lopes L, Susano R. Adequação dos internamentos num serviço de medicina – aplicação da escala AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). *Acta Med Port.* 2004;17(2):113-8. PMID:15921640.
 22. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health.* 2003;117(4):250-5. PMID:12966745.
 23. De Voz P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, García R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. *Health Policy.* 2005;85(1):94-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.001>. PMID:17707542.
 24. Pereira S, Oliveira e Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of Emergency Department Visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):580-6. <http://dx.doi.org/10.1067/mem.2001.114306>. PMID:11385326.
 25. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Cienc Cuid Saúde.* 2014;13(4):665-73. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i4.19127>.
 26. Huang JA, Weng RH, Lai CS, Hu JS. Exploring medical utilization patterns of emergency department users. *J Formos Med Assoc.* 2008;107(2):119-28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(08\)60125-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(08)60125-4). PMID:18285244.
 27. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;48(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.12.030>. PMID:16781914.
 28. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Supl 1):1069-79.
 29. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo Protocolo de Manchester [Internet]. *Rev Eletr Enf.* 2014;16(2):312-20. [citado em 2015 nov 24]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf
 30. Jacobs PC, Matos EM. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência de Salvador, Bahia. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(6):348-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000600019>. PMID:16444342.
 31. Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(3):475-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300005>. PMID:21519722.

32. Carneiro AR. Demanda em serviço de pronto atendimento: um estudo do perfil dos usuários da policlínica e maternidade Professor Paulo Barros Lima [monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
33. Cordeiro Jr W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS. 2009;(2):23-8.
34. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. Acta Paul Enferm. 2012;25(N. esp. 2):19-25.

Recebido em: Jul 27, 2015
Aceito em: Dez 07, 2015