

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>

DEMANDA E TIPO DE ATENDIMENTO REALIZADO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, BRASIL

Sonia da Silva Reis Cassettari¹, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello²

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: soninhareis@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Odontologia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alfm@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no ano de 2013.

Método: trata-se uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa. Foram coletados dados secundários, obtidos por meio de relatórios gerais e gerenciais do sistema de informação, utilizado pela Secretaria de Saúde da capital.

Resultados: constatou-se que os usuários utilizam a Unidade de Pronto Atendimento que está mais próxima de residência e que procuram o serviço por motivos não urgentes, que poderiam ser atendidos na atenção primária.

Conclusão: a maioria dos usuários era proveniente do mesmo distrito sanitário da unidade e os motivos dos atendimentos não eram, precisamente, caracterizados como urgência e emergência. Percebe-se a necessidade de qualificar a atenção primária como ordenadora do cuidado e orientar a população sobre quais as atribuições de cada ponto da rede.

DESCRIPTORIOS: Serviços de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Assistência pré-hospitalar. Serviços médicos de emergência.

DEMAND AND TYPE OF CARE PROVIDED IN EMERGENCY SERVICES IN THE CITY OF FLORIANÓPOLIS, BRAZIL

ABSTRACT

Objective: this study's aim was to characterize the demand of patients and the type of care provided in 2013, in emergency services, in the city of Florianópolis, SC, Brazil.

Method: this is a descriptive and analytical study with a quantitative approach. Secondary data were collected from general and managerial reports provided by the information system used by the city's department of health.

Results: patients seek the emergency services nearest to their homes for situations not characterized as emergencies and that could be taken care of by primary health care units

Conclusion: most patients originate from the same health district in which the emergency service is located and their reasons for seeking care could not be characterized as urgent or emergency situations. There is a need to qualify primary health care as the coordinator of care and instruct the population regarding the role of each service in the network.

DESCRIPTORS: Health services. Health services needs and demand. Prehospital care. Emergency medical services.

DEMANDA Y TIPO DE ATENCIÓN REALIZADO EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE LA MUNICIPALIDAD DE FLORIANÓPOLIS, BRASIL

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la demanda de usuarios y el tipo de atención en Unidades de Emergencias de la municipalidad de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, en el año 2013.

Método: investigación descriptiva y analítica con abordaje cuantitativo. Fueron recolectados datos secundarios, obtenidos a través de relatorías generales y gerenciales del sistema de información, utilizado por la Secretaría de Salud de la capital.

Resultados: se constató que los usuarios utilizan la Unidad de Emergencia que está más próxima de la residencia y que procuran el servicio por motivos no urgentes, que podrían ser atendidos en la atención primaria.

Conclusión: la mayoría de usuarios era proveniente del mismo distrito sanitario de la unidad y los motivos de atendimientos no eran precisamente, caracterizados como de urgencia y emergencia. Se percibe la necesidad de calificar la atención primaria como ordenadora del cuidado y orientar a la población sobre cuáles son las atribuciones de cada punto de la red.

DESCRIPTORES: Servicios de salud. Necesidades y demandas de servicios de salud. Asistencia pre-hospitalaria. Servicios médicos de emergencias.

INTRODUÇÃO

Na perspectiva da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os pontos de atenção prestadores de ações e serviços de saúde têm a mesma relevância no que tange ao alcance dos objetivos comuns à produção da saúde da população. A atenção primária à saúde (APS) deve ser porta de entrada preferencial e canal de comunicação com todos os demais pontos que compõem a RAS, seja de atenção secundária ou terciária, os quais ofertam os serviços de maior densidade tecnológica. Entretanto, cada nível de atenção à saúde possui suas atribuições e especificações na produção da atenção e assistência à saúde.¹

A APS deve apresentar três funções essenciais: a resolubilidade - resolver mais de 85% dos problemas de saúde da sua população; a comunicação - articular-se com os demais pontos da rede, sendo capaz de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas nesses pontos; e a responsabilização - ser responsável pelas ações de saúde de seu território de abrangência. Para os pontos de atenção secundária e terciária não existe uma configuração única de rede capaz de atender às necessidades de saúde da população. Para tanto, organizam-se redes temáticas a fim de atender às necessidades integrais de saúde da população. A atenção à saúde é estruturada em redes temáticas de saúde como, por exemplo, redes de atenção à saúde mental; redes de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às urgências e às emergências, dentre outras.¹

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 cuida-

dos 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.²

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.³

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 leva-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.⁴

Dessa forma, as UPAs são componentes relativamente novos na composição da RAU e 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 contrar referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.^{3,5}

Percebe-se, atualmente, que os serviços de urgência e emergência no Brasil sofrem com a superlotação da população que não possui acesso regular aos demais níveis de atenção à saúde. Outros fatores, também, influenciam essa superlotação, como a falta de leitos para internação na rede pública e o aumento da longevidade da população, o que acaba resultando em lotação dos serviços de urgência e emergência com portadores de doenças crônicas.⁶

Assim, as UPAs realizam atendimentos que não são de sua plena atribuição, absorvendo uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede. Vários são os fatores que “incham” as UPAs com usuários do serviço que poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS. Essa lotação consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros, os quais deveriam ser direcionados a pacientes em situações de urgência e emergência.⁷

Nesse sentido se questiona: quais são os principais motivos que levam os usuários a buscarem atendimento em uma UPA? Quais os principais tipos de atendimento prestados pelas UPAs? Será que essa demanda corresponde, em sua maioria, a casos de urgência e emergência? Qual a origem dos usuários que buscam atendimento nas UPAs? Diante do cenário apresentado, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis no ano de 2013.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em duas UPAs do município de Florianópolis-SC, Brasil. As UPAs funcionam 24 horas, possuem pelo menos cinco anos de funcionamento e operam segundo as diretrizes da PNAU e suas posteriores alterações.

O município de Florianópolis possuía uma população estimada de 453.285 no ano de 2013.⁸ Está dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), de acordo com sua distribuição geográfica, possui 49 unidades básicas de saúde, quatro policlínicas, duas UPAs, quatro Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dois Centros de Especialidades Odontológicas e quatro bases do SAMU sob gestão municipal. O complexo regulador faz parte do SAMU, responsável por organizar o fluxo nos casos de urgência e emergência, se o usuário necessitar de transferência para outro ponto da RAS. Dados de

2012 mostram que o município apresentava uma cobertura, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de 92,85% da população.

O estudo foi realizado em três etapas. A primeira foi a coleta de dados secundários, obtidos por meio de relatórios gerais e gerenciais do Infosaúde, sistema de informação utilizado por todas as unidades saúde do município. Estudos desta natureza possuem a facilidade de obtenção dos dados e compilação de informações presentes no sistema. A análise da demanda e do tipo de atendimento, com base em dados secundários, é relevante para proporcionar informações para o planejamento, monitoramento e (re)estruturação dos serviços de saúde do município.

Os relatórios, gerados para posterior análise foram: quantitativo de usuários atendidos nas UPAs; procedência dos usuários; classificação de risco de adultos nas UPAs; motivo do atendimento por código da Classificação Internacional de Doenças (CID); e tipo de atendimento realizado. O intervalo de tempo selecionado para a coleta dos relatórios gerais e gerenciais foi de janeiro a dezembro de 2013, com o intuito de contemplar 12 meses completos e as particularidades de acordo com cada período/estação do ano. Nessa fase, foi gerado um total de 54 relatórios.

A segunda etapa foi a realização da limpeza dos dados, organização em planilhas *Excel*® para melhor visualização e posterior análise. Finalizou-se a segunda fase com organização do banco de dados em oito planilhas. A terceira etapa foi a análise e a descrição dos dados obtidos por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada, em 2014, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 526.152. As UPAs onde foram coletados os dados, foram identificadas como UPA A e UPA B a fim de manter o anonimato das instituições.

RESULTADOS

No ano de 2013, as UPA A e B realizaram 413.248 atendimentos, entre crianças e adultos. A UPA A realizou 188.766 atendimentos e a UPA B realizou 224.482 atendimentos. Dentre esses, estão consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento odontológico, procedimento de enfermagem e consulta de outros profissionais de nível superior.

Constatou-se que a procedência dos usuários das UPAs segue a lógica da proximidade geográfica, ou seja, os usuários utilizam as UPAs que estão

mais próximas de sua residência, procurando a unidade localizada em seu DS e, quando este não possui UPA, procuram a do DS mais próximo de sua origem. Os resultados indicam que 70,53% dos usuários atendidos na UPA A são residentes do mesmo DS em que está localizada, reforçando a preferência de atendimento por proximidade de sua residência. Com relação à origem dos usuários da UPA B, também fica evidenciado o atendimento por proximidade de residência, uma vez que 81,37%

dos usuários, atendidos eram residentes do mesmo DS em que a UPA B está localizada.

A tabela 1 aponta que 96,31% dos usuários atendidos na UPA A, no ano de 2013, eram originários de Florianópolis e 3,67% eram de outras cidades, estados ou países. Com relação a UPA B, 93,88% dos usuários atendidos, no ano de 2013, eram originários de Florianópolis e 6,10% eram de outras cidades, estados ou países.

Tabela 1 - Procedência dos usuários das UPA A e B, por local de origem. Florianópolis, SC, Brasil. Jan-Dez de 2013

Unidade de Pronto Atendimento A			Unidade de Pronto Atendimento B		
Local de origem	Nº de atendimento	% acumulada	Local de origem	Nº de atendimento	% acumulada
Mesmo distrito sanitário da UPA A	133.153	70,54	Mesmo distrito sanitário da UPA B	182.662	81,38
Demais distritos sanitários de Florianópolis	48.676	25,79	Demais distritos sanitários de Florianópolis	28.102	12,52
Santa Catarina	3.610	1,91	Santa Catarina	2.672	1,19
Brasil	2.625	1,39	Brasil	7.643	3,40
Exterior	702	0,37	Exterior	3.403	1,51
Total	188766	100	Total	224482	100

Fonte: Infosaúde, 2013.

No ano de 2013, 143.464 usuários foram classificados de acordo com o acolhimento com classificação de risco (ACCR) nas UPAs de Florianópolis. Ressalta-se que apenas os usuários adultos clínicos passam pelo ACCR, realizado pelo enfermeiro. Os

pacientes cirúrgicos, pediátricos e odontológicos passam, diretamente, para consulta especializada.

A tabela 2 apresenta os atendimentos de adultos de acordo com a classificação recebida pelo enfermeiro durante o ACCR.

Tabela 2 - Atendimento de adultos, segundo classificação de risco, das Unidades de Pronto Atendimento A e B, Florianópolis, SC, Brasil. Jan-dez de 2013

Classificação de Risco Unidade de Pronto Atendimento A e B	Nº de atendimentos	%
Ambulatorial	68.169	47,52
Intercorrência	63.259	44,10
Urgência	11.414	7,95
Emergência	622	0,43
Total	143.464	100

Fonte: Infosaúde, 2013.

Os principais motivos de procura por atendimento médico, nas UPAs, podem ser observados na tabela 3, na qual foram listados os dez primeiros

códigos da CID registrados pelos profissionais, durante o período de janeiro a dezembro de 2013, no município.

Tabela 3 - Motivo de procura por atendimento, por Classificação Internacional de Doenças, das Unidades de Pronto Atendimento A e B, Florianópolis, SC, Brasil. Jan-dez de 2013

CID	n	%
Exame médico geral	16.000	7,59
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	9.051	4,30
Amigdalite aguda não especificada	7.326	3,48
Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	6.069	2,87
Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado	5.990	2,83
Aconselhamento não especificado	5.949	2,81
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	5.529	2,62
Tosse	4.331	2,05
Dor lombar baixa	3.941	1,86
Náusea e vômitos	3.822	1,81
Outros	142.958	67,78
Total	210.966	100

Fonte: Infosaúde, 2013.

É importante lembrar que, no ano de 2013, foram registrados 210.966 códigos da CID nos prontuários eletrônicos dos usuários das UPAs do município de Florianópolis. Destes, um número expressivo de usuários foi atendido e teve registrado em seus prontuários os códigos Exame médico geral, Exame geral e Investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado, não sendo possível uma análise mais minuciosa dos atendimentos. Assim, não se pode afirmar que constituíam atendimentos classificados como ambulatoriais, sem caráter de urgência.

Por outro lado, observando os dados da tabela 3, constatou-se que, excluindo os Exames médicos gerais, Exames gerais e Investigação, as demais causas de procura das UPAs não se caracterizam como sendo situação de emergência ou urgência, tais como nasofaringite, amigdalite, infecção aguda das vias aéreas superiores, aconselhamento, diarreia e gastroenterite, tosse, cefaleia, dor lombar, náuseas e vômito.

DISCUSSÃO

O contato com os serviços públicos de saúde deve ocorrer, preferencialmente, por meio de serviços de atenção primária, desenvolvidos com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e, principalmente, pela proximidade geográfica com o usuário.⁹⁻¹⁰ Dessa forma, entende-se que a

utilização das UPAs constitui uma opção dos usuários para acesso aos serviços, justificada mormente pela facilidade em percorrer distâncias mais curtas. Entretanto, considerando que, no período da coleta dos dados, já havia mais de 90% de cobertura na atenção primária, ofertada por meio de centros de saúde que realizam atendimento à população adstrita, no horário diurno, seria esperado que o usuário, primeiramente, procurasse sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência. Caso não conseguisse atendimento, poderia procurar outra unidade de saúde, adotando também o critério de proximidade, visto que qualquer unidade de saúde pertencente ao sistema deve receber e cuidar dos usuários em situações de urgência e emergência e encaminhá-los para outro serviço, caso necessário.¹⁰⁻¹¹

Uma revisão sistemática realizada para compreender os motivos que levam a população a buscar serviços de emergência (ambulâncias), quando estes poderiam ser atendidos na atenção primária, revelou que características individuais dos pacientes e seus dos cuidadores (condição de saúde, percepção sobre grau de comprometimento à saúde, presença de sentimentos como ansiedade e solidão), aspectos relacionados à infraestrutura e organização dos serviços (adoção de modelos de atenção baseados na APS, mas também experiências prévias dos usuários e seu grau de satisfação), bem como fatores sociopopulacionais (demográficos, socioeconômicos e ter plano de saúde) são fatores

que influenciam a decisão de procurar por este tipo de serviço.¹² Nesse sentido, os autores afirmam que considerar como “inapropriada” a busca por serviços de emergência para solucionar problemas que poderiam ser resolvidos na ABS depende do contexto e pode ser uma abordagem inócua para a organização dos serviços de saúde. Assim, o foco dos serviços de emergência deveria ser direcionado para fortalecimento das estratégias de triagem e classificação de risco.¹²

O município estudado possui protocolo específico de ACCR, no qual os casos classificados como emergência devem ser atendidos, imediatamente, na sala de emergência; os casos classificados como urgência devem ser atendidos com uma urgência maior e avaliados pelo médico, em até 30 minutos; os casos classificados como intercorrência são urgências consideradas de menor gravidade, podendo ser atendidas em até 60 minutos; e por fim, os casos classificados como ambulatoriais, são casos considerados não urgentes, podendo esperar mais de 120 minutos ou encaminhar após contato com centro de saúde de referência.¹³ Observou-se que apenas 0,43% dos usuários foram classificados como emergência e 7,95% como urgência, apontando uma descaracterização do verdadeiro papel das UPAs, o qual seria atender, especialmente, os casos de urgência e emergência, compondo a Rede de Urgência e Emergência e acolhendo o usuário de forma ágil e oportuna, sem prescindir dos princípios da humanização e da integralidade.³

Por outro lado, 44,09% dos usuários foram classificados como intercorrência e 47,51% dos usuários foram classificados como ambulatorial, ou seja, pacientes não caracterizados como casos urgentes, apresentando situações que poderiam ser potencialmente resolvidas na APS, proporcionando assim, acompanhamento mais longitudinal, após avaliação dos profissionais de saúde nesses locais.

A APS deve estar preparada para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgências, por meio do acolhimento com escuta qualificada e, também, com classificação de risco. Assim, os usuários classificados como casos ambulatoriais deveriam acessar aos serviços pela principal porta de entrada na RAS, seguindo os princípios do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da universalidade e da humanização e terem suas demandas respondidas, no limite das atribuições deste nível.¹⁰ Entretanto, um estudo de intervenção para integrar pacientes atendidos em serviços de urgência aos serviços de atenção primária, realizado nos EUA,

identificou que as principais barreiras para atendimento na atenção primária foram falta de transporte e a dificuldade para deixar crianças/filhos sob responsabilidade de alguém.¹⁴

Na Inglaterra, a fragmentação ainda presente no sistema de saúde tem resultado em duplicação de esforços e dificuldades dos pacientes percorrerem a rede de forma eficaz. Adiciona-se o fato da nomenclatura variada dos serviços causarem confusão, fazendo com que as necessidades dos pacientes não sejam atendidas pela primeira vez no lugar certo e por aqueles profissionais com habilidades certas. As evidências indicam que há, neste país, variação no padrão de acesso aos serviços de atenção primária, levando a muitos pacientes demandarem serviços de urgência e emergência para condições que poderiam ser tratadas na atenção primária. Há também diferenças no manejo de pacientes com condições crônicas nos serviços de atenção primária, o que contribuiria para procura por serviços de emergência.¹⁵

Estudos apontam que a população procura as emergências em situações que não se caracterizam como urgência e emergência pela dificuldade de acesso aos outros pontos da rede. Os motivos incluem o horário reduzido de funcionamento das UBS, o que dificulta o acesso da população trabalhadora, bem como a possibilidade de nas UPAs ter acesso a recursos de maior densidade tecnológica, sem ter que se deslocar a outros pontos da rede.^{14,16}

Os dados coletados por meio dos relatórios do sistema Infosaúde não permitiram avaliar os horários de atendimentos dos usuários classificados como intercorrência e ambulatorial, a fim de avaliar se foram realizados, predominantemente, à noite, nos finais de semana ou em feriados, o que reforçaria o papel das UPAs em servir de retaguarda para APS. Em caso de uma intercorrência ocorrer no período noturno, na impossibilidade de esperar até o dia seguinte, a UPA tem a atribuição de fornecer retaguarda para as UBSs, especialmente à noite, nos feriados e nos finais de semana.⁴

Os serviços de urgência transformam-se em porta de entrada para os mais variados problemas de saúde.¹⁷ A análise dos principais atendimentos indica que a maior parte é caracterizada como problemas que poderiam ser solucionados na APS, se bem aplicados os princípios do acolhimento e atendimento humanizado e integral. A APS tem papel fundamental na formação da RAS, pois está próxima do cotidiano, da vida das pessoas. As equipes da APS têm a possibilidade de estabelecer o vínculo com o usuário, de se responsabilizar e desenvolver ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de

doenças, em território delimitado, de prestar cuidado individual e familiar e de gerir projetos terapêuticos.¹⁸ Vale ressaltar que esses momentos de sofrimento, quando respondidos positivamente, são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. Nesse momento, é comum que o usuário procure sua UBS pela proximidade de sua casa ou pelo vínculo estabelecido com o profissional em quem ele confia, e o fato de conhecer a história do indivíduo facilita a identificação do problema e a resolução do mesmo pelo profissional de saúde da APS.¹⁸

Estudo de intervenção, realizado no Canadá, propôs um modelo de cuidado a residentes em instituições de longa permanência, os quais demandavam sobremaneira os serviços de emergência. A proposta foi baseada na melhoria do acesso e continuidade do cuidado com base na atenção primária, por meio da presença contínua de profissionais médicos, como foco nos cuidados primários, aprimoramento de ferramentas relacionais e informacionais, bem como do suporte permanente, via telefone. As ações resultaram numa redução de um terço da demanda para serviços de emergência.¹⁹

Os usuários buscam os serviços de saúde de urgência e emergência por vários motivos, dentre eles por serem serviços com “porta-aberta”, com possibilidade de oferecer pronta resposta. Por isso, há uma dificuldade em modificar este hábito, culturalmente arraigado e fundamentado em fortes crenças.²⁰ Muitos usuários têm uma visão distorcida das UPAs em comparação às UBSs. Acreditam que nas UPAs terão uma assistência mais resolutiva, mais rápida e munida de maior densidade tecnológica, com maiores recursos como exames, medicações e acesso a especialistas. Porém, na maioria dos casos em que o usuário procura atendimento emergencial, a APS teria as ferramentas necessárias para prestar um cuidado resolutivo e integral, que possibilitaria continuidade por meio do vínculo estabelecido com os profissionais da unidade. Sendo assim, é necessário fortalecer a orientação à população, estimulando novos hábitos com relação à procura por atendimento em saúde.¹⁴

A APS não é menos complexa do que os níveis de atenção secundário e terciário. Esses níveis apresentam maior disponibilidade de tecnologias densas, mas não mais complexas. A visão distorcida dos usuários, muitas vezes, contribui para que busquem atendimento em um ponto de média e alta complexidade ao invés de procurar atendimento, primeiramente, em sua UBS.³ Assim, percebe-se a importância de se resgatar a APS como ordenadora

do cuidado e porta principal da RAS, valorizando não somente a ampliação da cobertura, mas também fomentando estratégias para aprimorar a qualidade do cuidado prestado. Necessário, também, fortalecer estratégias de disseminação de informações sobre o funcionamento da RAS entre a população, as funções de cada ponto da rede e os critérios que devem ser usados pelos usuários para decidir por procurar serviços de APS ou UPA.

Algumas alternativas para frear o aumento do número de consultas realizadas em serviços de emergência estão sendo colocadas em prática pelo Serviço Nacional de Saúde inglês, não apenas para reduzir as filas frequentes nestes serviços como também para contenção de custos. Estudo de revisão aponta que, juntamente com o reforço aos serviços de atenção primária, com vistas a aumentar o acesso, novas formas de prover serviços de emergência estão sendo implantadas, para além das unidades tradicionais. São relatados serviços de apoio ao usuário por telefone, atendimentos domiciliares em situação de urgência, uso da tecnologia (*telehealth*), ampliação das atribuições legais dos profissionais enfermeiros, melhora dos fluxos de admissão hospitalar, definição de metas para os serviços de urgência e implementação de serviços específicos para idosos.²¹

Estudos realizados com base em dados secundários e relatórios consolidados de atendimento possuem limitações. Este foi realizado com base nos relatórios gerados pelo sistema de informação utilizado pelo município sendo possível gerar, contabilizar e analisar apenas os dados registrados pelos profissionais que trabalham nas UPAs. Como são dados alimentados, continuamente, por diferentes profissionais em um serviço com demanda espontânea e alto volume de atendimento, pode haver subnotificação de registro.

Além disso, tratam-se de dados referentes a um recorte de tempo específico, não representando uma série histórica ou uma análise longitudinal. Devido às limitações inerentes ao sistema de informação utilizado pelo município, na forma de produção de seus relatórios, não foi possível obter outros dados que poderiam contribuir na compreensão do objeto investigado.

Novos estudos serão necessários para identificar, com maior profundidade, a opção do usuário pela UPA em detrimento à UBS, a qual o usuário deve ter como contato de referência, os fluxos de atendimento na RAS, a partir do acesso aos serviços de emergência e o impacto da implementação das UPAs no sistema de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado nas UPAs do município de Florianópolis no ano de 2013.

Com relação à demanda dos usuários das UPAs, foi constatado que a maioria era proveniente do mesmo DS em que a UPA está localizada, ficando evidente a busca por atendimento no local mais próximo de sua residência. Percebeu-se que 96,31% dos usuários atendidos na UPA A e 93,88% dos usuários atendidos na UPA B são provenientes de Florianópolis.

O presente estudo demonstrou que os principais motivos de busca por atendimentos, nas UPAs, não são devidamente caracterizados como urgência e emergência, ou seja, foram classificados como intercorrência e ambulatorial. Esses casos, na sua grande maioria, poderiam ser atendidos e solucionados na APS, o que aponta uma descaracterização do verdadeiro papel das UPAs.

A pesquisa reforçou a necessidade do fortalecimento da APS como primeira opção para entrada no sistema e, ainda, da efetivação de estratégias de educação em saúde que esclareçam aos usuários as atribuições de cada ponto da rede.

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>
- 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 (BR). Portaria n. 104, de 15 de janeiro de 2014: Altera a Portaria n. 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 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. Brasília (DF): MS; 2014.
- Siqueira ILCP. Qualidade em serviço de emergência. In: Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo (SP): Atheneu; 2010. p.25-34.
- Sallum AMC. Estrutura organizacional de um serviço de emergência. In: Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo (SP): Atheneu; 2010. p.15-24.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional de Florianópolis, SC 2013 [cited 2015 May 30]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf
- World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). Geneve (CH): WHO; 2008.
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica: Série E. Legislação de Saúde. Brasília (DF): MS; 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília (DF): MS; 2009.
- Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*. 2015 May 19; 5(5):e007726.
- Secretaria municipal de saúde de Florianópolis. Classificação de risco. Publicado em 2012. Florianópolis: SMS; 2012 [cited 2015 May 30]. Available from: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/?pagina=notpagina¬i=5113>
- Wexler R, Hefner JL, Sieck C, Taylor CA, Lehman J, Panchal AR, Aldrich A, McAlearney AS. Connecting Emergency Department Patients to Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2015 Nov-Dec; 28(6):722-32.
- National Health Service. England. High quality care for all, now and for future generations: transforming urgent and emergency care services in England. The evidence base from the urgent and emergency care review. 2013 [cited 2015 May 30]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf>
- Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LAD. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 25]; 25(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. *Texto Contexto Enfermagem*. 2009 Abr-Jun; 18(2):266-72.
- Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de atenção básica, n. 28, v 1, 62 p. Brasília (DF): MS; 2013.

19. Marshall EG, Clarke B, Burge F, Varatharasan N, Archibald G, Andrew MK. Improving continuity of care reduces emergency department visits by long-term care residents. *J Am Board Fam Med*. 2016 Mar-Apr; 29(2):201-8.
20. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jun 25]; 15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100003>
21. Mason S, Mountain G, Turner J, Arain M, Revue E, Weber EJ. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care: a review study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014 Sep 11; 22:55.

Correspondência: Sonia da Silva Reis Cassettari
Rua Canto das Corujas, 415
88060-239 - Rio Vermelho, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: soninhareis@gmail.com

Recebido: 20 de junho de 2015
Aprovado 12 de junho de 2016