

# *Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde*

I<sup>1</sup> Luciana Santos Dubeux, <sup>2</sup> Eduardo Freese, <sup>3</sup> Eronildo Felisberto I

**Resumo:** A perspectiva do usuário é imprescindível para o aprimoramento das políticas de saúde direcionadas à garantia dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade. Este estudo descritivo-transversal teve como objetivo avaliar o acesso ao serviço de urgência e emergência em hospitais regionais de Pernambuco, com base no itinerário e nos obstáculos dos usuários até a assistência no referido setor. Selecionou-se uma amostra estratificada e aleatória, realizando-se 853 entrevistas semiestruturadas com usuários de sete hospitais distribuídos nas mesorregiões Zona da Mata, Agreste e Sertão. Dentre os entrevistados, 74,9% são residentes do município em que o hospital está localizado e 66,9% reconheceram-se cadastrados em Equipes de Saúde da Família. A maioria dos usuários recorreu ao hospital como primeira unidade assistencial (77,1%), destacando a confiança no atendimento do serviço como principal motivo para a seleção do setor de urgência e emergência. Em relação ao itinerário, os entrevistados predominantemente (99,5%) buscaram apenas um atendimento prévio, tendo-se submetido a consulta médica (75,4%). Entretanto, 42,8% foram referenciados e, destes, a maioria (78,9%) foi encaminhada ao hospital avaliado. Dentre aqueles que demandaram assistência prévia, a ausência de profissional (65,5%) foi a principal razão para o não atendimento, destacando-se a deficiência na resolutividade e a distância entre a residência e o hospital como importantes obstáculos ao itinerário. Os resultados revelam um cenário em que o hospital permanece como eixo central da assistência à saúde, indicando a necessidade de fortalecimento da rede de saúde integral, com vistas à redução das iniquidades sociais em âmbito local/regional.

<sup>1</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Endereço eletrônico: lucianadubeux@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. Endereço eletrônico: freese@cpqam.fiocruz.br

<sup>3</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Endereço eletrônico: eronildo.felisberto@imip.org.br

► **Palavras-chave:** regionalização; acesso aos serviços de saúde; serviço hospitalar de emergência.

Recebido em: 24/07/2012  
Aprovado em: 28/05/2013

## Introdução

Na última década, a busca pela regionalização da assistência à saúde ganhou força no Brasil, com destaque para a divulgação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Esse instrumento, ao definir atribuições para as três esferas de gestão, direcionou esforços para a integração dos sistemas municipais, ampliação do acesso e redução das iniquidades regionais. Ainda devido à persistente fragmentação de ações e serviços de saúde, as normatizações relacionadas à criação de Redes de Atenção (BRASIL, 2010) avançaram em áreas técnicas prioritárias ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui-se, nesse escopo, a concepção da Rede de Atenção às Urgências, com vistas à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

A conformação de redes de saúde de urgência e emergência pode estar relacionada à oferta de serviços articulados em diversos níveis de complexidade assistencial e tecnológica, composta por sistemas de informação interligados e por diversas esferas gestoras, com garantia de transferência de recursos financeiros (TEIXEIRA, 2007). No entanto, a institucionalização dessas redes deverá estar condicionada à interdependência dos atores e organizações que a compõem, com o intuito de evidenciar potencialidades e competências destes.

Ademais, a organização do acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência no SUS, que tem como princípios a integralidade e a universalidade, pressupõe que haja racionalidade entre o perfil epidemiológico e sanitário da população e a oferta de serviços e os orçamentos públicos, sem impor restrições injustificadas ou que comprometam o direito à saúde (CONASS, 2009). Ela confere também a necessidade de reformulação dos fluxos de referência e contrarreferência, bem como o encaminhamento com a implantação de modelos de classificação de risco (MENDES, 2011).

É mundialmente percebido o incremento da demanda por tais serviços, pressionando as estruturas e os profissionais de saúde e figurando, por conseguinte, entre as principais causas de insatisfação da população que utiliza os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011; O'DWYER, 2010). Os aspectos relativos ao crescimento da demanda e ao desagrado dos usuários estão diretamente relacionados à superlotação das unidades de urgência e emergência hospitalar. Esse também é um fenômeno mundial, evidenciado pela ocupação total de

leitos de urgência/emergência, usuários em espera para atendimento por mais de uma hora, tensão na equipe assistencial e pressão para novos atendimentos. Em decorrência disso, evidencia-se o baixo desempenho do hospital e das redes de saúde instituídas (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Nesse cenário, a avaliação do acesso aos serviços de urgência e emergência em redes de atenção hospitalar, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e, por consequência, a utilização destes (PENSHASKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985; ANDERSEN, 1995) poderá demonstrar nuances sobre as potencialidades e fragilidades da regionalização da assistência, tal como proposta pelo SUS.

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento de programas e políticas de saúde. Desde que concebida em suas múltiplas dimensões (parceria, participação, negociação, julgamento e produção de conhecimento, entre outras), a avaliação pode e deve ser utilizada como instrumento de poder, em uma perspectiva dialógica em sociedades éticas, com foco na justiça social (FREIRE, 1998; GOMES et al., 2004).

Esse debate faz-se pertinente ao estudo do modelo assistencial do SUS, cujos novos arranjos e normatizações nem sempre oportunizam a perspectiva dos que mais esperam e precisam da qualidade do acesso aos serviços e das tecnologias oferecidas. Ter a população como agente promotor de mudanças e melhorias nas práticas de saúde significa imprimir neutralidade à avaliação, na medida em que entre os atores envolvidos esteja, verdadeiramente, a parcela da sociedade representada pelos usuários (DONBEDIAN, 1982; HARTZ; SANTOS; MATILDA, 2008; FELISBERTO, 2008; SANTOS FILHO, 2009; FELISBERTO, 2010).

Nesse sentido, a qualificação de redes assistenciais requer respostas às questões avaliativas que tenham o usuário, a família e a comunidade como informantes de seus cotidianos e histórias construídas em sua relação com os serviços. Superar, portanto, a compreensão da avaliação enquanto um conjunto de atividades exclusivamente técnico-científicas e operacionais - na busca por atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade às intervenções - pressupõe atenção às lições permanentes proporcionadas pela avaliação com vistas a um planejamento mais adequado à melhoria da qualidade das atividades

oferecidas, também na perspectiva das necessidades e demandas dos usuários (CONTANDRIOPOULOS et al., 2002; HARTZ, 2006; TEIXEIRA, 2006; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008; 2009).

Pernambuco contempla uma das maiores redes públicas de saúde do Brasil. Contudo, o estado apresenta uma concentração de serviços na região metropolitana do Recife, contribuindo assim para uma maior dificuldade de acesso da população ao sistema. Qualitativamente, a rede básica é ainda ineficiente; a rede ambulatorial é composta por unidades de saúde, na sua maioria, com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento de média complexidade nas sedes das regionais de saúde. Quanto aos hospitais municipais e regionais, estes são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia (SES, 2007).

Apesar da concentração de equipamentos de saúde na região metropolitana, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado preconiza que em cada regional de saúde seja garantido o acesso aos serviços não disponíveis no município, mediante a disposição de mecanismos de referência para média e alta complexidade, nos hospitais regionais e naqueles de referência macrorregional. A assistência à saúde está configurada em três macrorregiões, referências de alta complexidade para onze microrregiões (Gerências Regionais de Saúde – GERES). Essas gerências, responsáveis pela assistência de média complexidade, são constituídas por um município sede e um conjunto de municípios geralmente vizinhos, conformando um módulo assistencial (SES, 2007), como demonstrado no quadro 1.

A assistência hospitalar em Pernambuco acompanha os preceitos do PDR, respeitando a abrangência de cada regional de saúde do estado. A Secretaria Estadual de Pernambuco conceitua os hospitais regionais como unidades de maior complexidade do sistema de saúde na região, propondo-se a atender às situações de urgência e emergência de maior gravidade e assistir os grupos de risco (gestantes de alto risco). Deve também disponibilizar leitos para doenças crônicas, garantir o acesso da população a serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e efetuar ações especializadas relevantes para assegurar atendimento adequado e de qualidade aos problemas de saúde mais frequentes da população, além de oferecer serviços de radiologia, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia e cirurgias ambulatoriais e ginecológicas (PERNAMBUCO, 1998).

Nesse contexto, o presente estudo avaliou o acesso aos serviços de urgência e emergência dos hospitais de referência regional de Pernambuco, com base no

itinerário dos usuários até os hospitais regionais e nos obstáculos por estes atores percebidos no percurso e na utilização dessas unidades de saúde.

**Quadro 1.** Distribuição das macrorregiões com área e população de abrangência, Pernambuco - 2007

Macrorregional	Microrregional (GERES)	Módulo (Número de municípios)	População
Recife	Recife	19	3.895.916
	Limoeiro	31	832.086
	Palmares	22	537.734
Caruaru	Caruaru	32	1.162.068
	Garanhuns	21	500.795
	Arcoverde	13	347.414
	Afogados da Ingazeira	12	175.864
Petrolina	Salgueiro	7	130.701
	Petrolina	7	397.884
	Ouricuri	11	315.429
	Serra Talhada	10	206.681

Fonte: Pernambuco (2007).

## Métodos

Realizou-se um **estudo avaliativo**, do tipo estudo descritivo e de corte transversal, entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007, considerando o setor de urgência e emergência dos hospitais de referência regional do estado de Pernambuco como unidades de análise, e os usuários atendidos nos referentes serviços de saúde como informantes-chave.

Nesse período de referência, a rede de serviços do estado era composta por 2.989 unidades de atenção básica; 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos (contemplando especialidades médicas e internação); e 90 hospitais de pequeno porte (até 30 leitos), localizados em municípios com menos de 30 mil habitantes (SES, 2007).

Quanto à rede hospitalar, tomaram-se como base os 11 hospitais regionais, sendo nove de referência microrregional (situados nas sedes das GERES) e duas unidades com referência macrorregional, localizados em Caruaru e Petrolina, sedes de macrorregionais no interior do estado (SES, 2007).

Entre os hospitais regionais foram selecionados, de forma intencional, sete dessas unidades. Estas estão situadas em sedes de microrregionais do interior do estado e representadas por dois hospitais nas regiões da Zona da Mata, dois hospitais no Agreste e três unidades no Sertão (SES, 2007). Os hospitais da capital pernambucana foram excluídos devido à elevada demanda a essas unidades e à dificuldade de abordagem aos usuários em atendimento e com queixas relativas aos casos de emergência (com risco de morte).

Em seguida, foi definida uma amostra aleatória de usuários, utilizando-se os seguintes parâmetros: média mensal de 3.565 consultas por hospital; prevalência de adequação do atendimento às urgências e emergências (10%); erro amostral (3%); e intervalo de confiança de 95%. Obteve-se uma amostra de 130 usuários por hospital e o total de 910 sujeitos a serem entrevistados.

Um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas foi elaborado para verificar os critérios de avaliação, relacionados: (I) à condição socioeconômica (sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar, utilização de plano de saúde, cadastro em Unidade de Saúde da Família); (II) ao itinerário dos usuários (intervalo de tempo entre a identificação da demanda e procura ao hospital, motivo da procura e da escolha do hospital regional para solução do evento atual, trajetória de contatos com serviços de saúde até a chegada ao hospital); e (III) aos obstáculos para a assistência às urgências/emergências (aspectos da estrutura física do hospital que dificultem o acesso à unidade de saúde; distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde; deficiência ou ausência de recursos financeiros para o deslocamento às unidades de saúde; intervalo de tempo entre a identificação da necessidade de buscar assistência pelo paciente, a caracterização da demanda pelo profissional de saúde de outras unidades de saúde e, se necessário, a posterior transferência e realização de exames de laboratório, exames de imagem, internação hospitalar, consultas e cirurgias especializadas).

A coleta de dados seguiu-se à realização de um estudo piloto com 10% da amostra em um dos hospitais selecionados e ao treinamento de sete entrevistadores,

sendo ambas as etapas desenvolvidas para o entendimento do questionário (por pesquisadores e usuários) e para ajustes no instrumento. Os usuários foram convidados a participar da entrevista após o atendimento médico, nos períodos diurno e noturno, em dias úteis, sábados e domingos. Para a análise dos dados foram utilizados os *softwares* SPSS 13.0 e Excel 5.0 para tabulação e cálculo das frequências simples, relacionadas aos critérios de avaliação elencados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, em respeito aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Com relação à população menor de idade, os representantes legais foram responsáveis pela anuência em participar da pesquisa, sem suspensão do direito de informação do indivíduo. Assim como o universo dos entrevistados, foram cumpridas as exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante sua assinatura pelos usuários abordados ou por seus representantes legais.

## Resultados

Realizaram-se 853 entrevistas, havendo perda de 6,3% da amostra prevista (devido a recusas dos entrevistados e à ausência de pessoas atendidas nos hospitais durante o período de coleta de dados); porém, não houve comprometimento da representatividade pretendida neste estudo.

Conforme a tabela 1, a população estudada caracterizou-se por indivíduos do sexo feminino (51,1%), distribuídos nas faixas etárias de 1 a 4 anos (14,3%), 15 a 19 anos (15,5%) e 20 a 29 anos (11,0%). Advindos principalmente do município sede do hospital/GERES (74,9%) e de outros municípios adscritos na referida gerência regional de saúde (19,0%), os participantes entrevistados em sua maioria tinham ensino fundamental (46,9%) ou eram analfabetos (14,5%). A ocupação distribuiu-se principalmente entre as classificações relacionadas aos usuários empregados (funcionário público/empregado privado (21,4%), funcionário autônomo (10,0%) ou em processo de formação (15,6% de estudantes), destacando-se 10,43% de mulheres donas de casa. Os usuários abordados ainda foram identificados por apresentarem renda familiar de até um salário mínimo (50,3%), serem desprovidos de planos de saúde (92,1%) e estarem cadastrados em Unidades de Saúde da Família (66,9%).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e demográficas da população do estudo dos hospitais regionais de Pernambuco avaliados

<b>Características</b>	<b>(n=853)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	417	48,9
<i>Feminino</i>	436	51,1
<b>Faixa etária</b> (classificação DATASUS/MS/2012)		
<i>&lt; 1 ano</i>	54	6,3
<i>1 a 4 anos</i>	122	14,3
<i>5 a 9 anos</i>	82	9,6
<i>10 a 14 anos</i>	58	6,8
<i>15 a 19 anos</i>	65	7,6
<i>20 a 29 anos</i>	132	15,5
<i>30 a 39 anos</i>	94	11,0
<i>40 a 49 anos</i>	68	8,0
<i>50 a 59 anos</i>	56	6,6
<i>60 a 69 anos</i>	56	6,6
<i>70 a 79 anos</i>	44	5,2
<i>80 anos e mais</i>	22	2,6
<b>Município de residência</b>		
<i>Município adscrito da GERES</i>	162	19,0
<i>Município adscrito de outras GERES</i>	35	4,1
<i>Município sede do hospital e da GERES</i>	639	74,9
<i>Município sede outras GERES</i>	7	0,8
<i>Município de outros estados</i>	10	1,2
<b>Escolaridade</b>		
<i>Analfabeto</i>	124	14,5
<i>Ensino fundamental</i>	400	46,9
<i>Ensino médio incompleto</i>	53	6,2
<i>Ensino médio completo</i>	61	7,2



<i>3º grau incompleto</i>	10	1,2
<i>3º grau completo</i>	10	1,2
<i>Não se aplica (crianças não inseridas na escolaridade)</i>	189	22,2
<i>Não soube responder</i>	6	0,7
<b>Ocupação</b>		
<i>Empregado (servidor público ou funcionário de empresa privada)</i>	183	21,5
<i>Autônomo</i>	86	10,1
<i>Estudante</i>	133	15,6
<i>Dona de casa</i>	89	10,4
<i>Desempregado</i>	44	5,2
<i>Aposentado por invalidez</i>	23	2,7
<i>Aposentado</i>	90	10,6
<i>Não se aplica / Não responderam</i>	205	24,0
<b>Renda familiar</b>		
<i>Sem renda</i>	11	1,3
<i>Até 1 salário mínimo (SM)</i>	429	50,3
<i>De 1 a 2 SM</i>	247	29,0
<i>De 2 a 3 SM</i>	69	8,1
<i>De 3 a 4 SM</i>	23	2,7
<i>De 4 a 5 SM</i>	9	1,1
<i>Mais de 5 SM</i>	18	2,1
<i>Não sabe / Não responderam</i>	47	5,5
<b>Plano de saúde</b>		
<i>Sim</i>	67	7,9
<i>Não</i>	786	92,2
<b>Cadastro em Unidade de Saúde da Família</b>		
<i>Sim</i>	571	66,9
<i>Não</i>	263	30,8
<i>Não soube responder</i>	19	2,2

Entre os critérios para avaliação do itinerário até os hospitais regionais, foram identificadas diversas razões para o entrevistado selecionar a unidade estudada. Ressaltam-se, entre elas, a confiança/credibilidade depositada pelo usuário na assistência prestada no hospital (39,0%) e a proximidade entre sua residência e o serviço (15,8% dos motivos elencados). Aspectos relativos aos processos de referência e contrarreferência também puderam ser verificados. Parcela pequena dos usuários selecionou o hospital devido à orientação de profissionais de outros serviços, como Unidades de Saúde da Família (6,3%), hospitais (5,9%) e policlínicas (1,8%). Motivações como a dificuldade de assistência em outras unidades de saúde devido à ausência de profissional/vaga e encaminhamento para aquisição/administração de medicamentos e realização de exames complementares significaram, respectivamente: 9,3%, 1,4% e 0,2% da amostra (tabela 2).

A maioria dos entrevistados (77,1%) recorreu aos hospitais como primeira opção de unidade de saúde. No entanto, apenas 18,3% procuram o hospital no intervalo de tempo de até 12 horas após a identificação da doença (demanda). Em contrapartida, 44,4% buscaram atendimento entre 1 e 3 dias e 26,6% o fizeram entre 4 e 29 dias (tabela 2).

**Tabela 2.** Itinerário da população de estudo até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados

<b>Características</b>	<b>(n=853)</b>	<b>%</b>
<b>Razões para a escolha do hospital</b>		
<i>Orientação recebida na U.S.F.</i>	54	6,3
<i>Orientação recebida na policlínica</i>	15	1,8
<i>Orientação recebida em outro hospital</i>	50	5,9
<i>Devido à proximidade da residência</i>	135	15,8
<i>Orientação recebida por terceiros</i>	52	6,1
<i>Dificuldade de assistência em outras unidades devido à ausência de profissional/vaga</i>	79	9,3
<i>Referenciado por outras unidades para aquisição/administração de medicamentos</i>	12	1,4
<i>Referenciado por outras unidades para realização de exames complementares</i>	2	0,2

<i>Confiança/credibilidade na assistência prestada pelo hospital</i>	333	39,0
<i>Única opção identificada pelo usuário</i>	85	10,0
<i>Atendimento rápido</i>	19	2,2
<i>Transferência (SAMU, TFD, por terceiros, outros)</i>	14	1,6
<i>Trouxe paciente e se consultou</i>	2	0,2
<i>Parentes que trabalham no hospital</i>	2	0,2
<i>Dificuldade financeira</i>	10	1,2
<i>Devido à urgência do caso</i>	3	0,4
<b>Intervalo de tempo entre a identificação da demanda e a procura ao hospital</b>		
<i>Até 12 horas</i>	156	18,3
<i>1-3 dias</i>	379	44,4
<i>4-29 dias</i>	227	26,6
<i>Mais de 29 dias</i>	71	8,3
<i>Não soube responder</i>	20	2,3
<b>Hospital como primeira unidade de saúde demandada para solucionar o problema de saúde</b>		
<i>Sim</i>	658	77,1
<i>Não</i>	195	22,9

Dentre os usuários que não recorreram ao hospital como primeira opção e buscaram outras unidades anteriormente, expressiva maioria (99,4%) indicou ter recorrido a apenas um serviço de saúde. Considerando o último atendimento demandado, verificou-se que este predominantemente aconteceu em Unidades de Saúde da Família (97,4%), das quais 82,6% eram localizadas no município de residência do usuário. Dos entrevistados, 85,1% indicaram ter sido atendidos e 75,4% relataram a consulta médica como a primeira assistência recebida. Ainda no conjunto de usuários atendidos, 57,2% indicaram não ter recebido encaminhamento formal (do profissional de saúde e por escrito) para outra unidade de referência. Analisando os indivíduos que foram referenciados, 78,9% apontaram o hospital avaliado como a unidade de referência indicada pelos profissionais (tabela 3).

Destacam-se também na tabela 3 as razões para o não atendimento dos usuários. Em meio aos motivos mencionados, os aspectos relacionados aos profissionais de saúde merecem destaque, visto que para 65,5% dos usuários não havia profissional na unidade procurada. 3,4% dos entrevistados relataram que, ao procurarem assistência, não foram atendidos por não haver programação para consulta médica de adultos ou devido ao atendimento de enfermagem ser exclusivo para crianças. Ademais, para 13,8% dos sujeitos não foi disponibilizada vaga. Cabe considerar também aspectos como a ausência de assistência às urgências na Unidade de Saúde (6,9%) e a desistência do atendimento devido a falta de respeito da equipe de saúde para com o usuário (6,9%).

**Tabela 3.** Itinerário da população de estudo<sup>1</sup> até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados, considerando sua trajetória de contatos

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de unidades de saúde demandadas até chegar ao hospital (n=195)</b>		
<i>1</i>	194	99,5
<i>2</i>	60	30,8
<i>3</i>	4	2,1
<i>4</i>	1	0,5
<b>Última unidade de saúde demandada (n=195)</b>		
<i>Unidade de Saúde da Família</i>	190	97,4
<i>Centro de saúde</i>	4	2,1
<i>Este hospital</i>	1	0,5
<b>Localização geográfica da unidade de saúde (n=195)</b>		
<i>Município de residência do usuário</i>	161	82,6
<i>Outros municípios</i>	34	17,4
<b>Realização de assistência à saúde (n=195)</b>		
<i>Sim</i>	166	85,1
<i>Não</i>	29	14,9

**Tipo de assistência à saúde recebida na última unidade de saúde demandada (n=191<sup>ii</sup>)**

<i>Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS)</i>	6	3,1
<i>Visita domiciliar do enfermeiro</i>	9	4,7
<i>Internamento</i>	6	3,1
<i>Consulta médica</i>	144	75,4
<i>Consulta de enfermagem</i>	6	3,1
<i>Realização de exames diagnósticos</i>	10	5,2
<i>Aplicação de medicamentos ou vacinação</i>	6	3,1
<i>Outros (sutura, observação)</i>	4	2,1

**Entre os usuários atendidos, referência formal para unidade de saúde de referência (n=166)**

<i>Sim</i>	71	42,8
<i>Não</i>	95	57,2

**Entre os usuários atendidos e referenciados, tipo de unidade de saúde de referência (n=71)**

<i>Hospital regional avaliado</i>	56	78,9
<i>Outro hospital</i>	1	1,4
<i>Policlínica</i>	1	1,4
<i>Clínica privada</i>	1	1,4
<i>Laboratório para realização de exames complementares</i>	4	5,6
<i>Não soube responder</i>	8	11,3

**Entre os usuários não atendidos, razão para o não atendimento (n=29<sup>2</sup>)**

<i>Unidade de saúde estava fechada</i>	1	3,5
<i>Ausência de vaga</i>	4	13,8
<i>Desistência devido ao tempo de espera</i>	1	3,5
<i>Ausência de profissional de saúde</i>	19	65,5

<i>Dia não programado para a assistência ao adulto na USF</i>	1	3,5
<i>Atendimento de enfermagem exclusivo para crianças</i>	1	3,5
<i>Ausência de assistência às urgências na Unidade de Saúde</i>	2	6,9
<i>Desistência devido à ausência de respeito da equipe de saúde para com o usuário</i>	2	6,9
<i>Ausência de funcionamento de equipamentos</i>	1	3,5
<i>Ausência de medicamento na unidade</i>	1	3,5
<i>Informação recebida pelo usuário de que apenas o hospital iria solucionar o caso</i>	1	3,5

Ao caracterizar possíveis obstáculos enfrentados pelos usuários até a chegada aos hospitais regionais, pode-se observar que o meio de transporte utilizado se concentrou entre veículos dependentes da iniciativa dos usuários, tais como: transporte próprio, de conhecido ou familiar (20,9%); transporte informal custeado pelo usuário (lotação) (16,6%); e ônibus (13,6%). 12,9% dos entrevistados eram pedestres. O transporte dos usuários decorrente da responsabilidade de outros serviços de saúde foi mencionado por somente 14,1%, que utilizaram o carro da unidade de saúde, e por 9,4% e 1,8%, que, respectivamente, utilizaram o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou a ambulância da prefeitura (tabela 4).

A despeito do transporte utilizado, a maioria dos usuários chegou ao hospital em até 30 minutos (64,1%) ou no intervalo de 31 a 60 minutos (20,6%) entre a procura e a chegada à unidade de saúde avaliada. O tempo de espera para o atendimento agrupou-se principalmente em até 30 minutos (53,7%) e entre 31-60 minutos (16,9%), segundo apresentado na tabela 4.

**Tabela 4.** Barreiras e obstáculos identificados pelos usuários até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados

<b>Características</b>	<b>(N=853)</b>	<b>%</b>
<b>Meio de transporte utilizado</b>		
<i>SAMU</i>	16	1,9
<i>Ambulância da prefeitura</i>	80	9,4
<i>Carro da unidade de saúde</i>	121	14,2
<i>Ônibus</i>	116	13,6
<i>Transporte informal custeado pelo usuário (lotação).</i>	142	16,7
<i>Táxi</i>	90	10,6
<i>Transporte próprio, de conhecido ou familiar.</i>	178	20,9
<i>Pedestre</i>	110	12,9
<b>Intervalo de tempo entre a procura e a chegada ao hospital (em minutos)</b>		
<i>Até 30</i>	547	64,1
<i>De 31 a 60</i>	176	20,6
<i>Superior a 60</i>	97	11,4
<i>Não soube responder</i>	33	3,9
<b>Intervalo de tempo de espera para o atendimento (em minutos)</b>		
<i>Até 30</i>	458	53,7
<i>De 31 a 60</i>	144	16,9
<i>Superior a 60</i>	213	25,0
<i>Não soube responder</i>	38	4,5

Quanto aos possíveis problemas identificados pelos usuários no itinerário e na assistência prestada no hospital, identifica-se na tabela 5, que, segundo os entrevistados, itens como o profissional não resolver o problema de saúde (59,0%), o hospital ser muito distante da residência (58,5%) e haver demora para o atendimento (58,5%) representaram percentualmente os maiores problemas. No entanto, outras queixas foram mencionadas com percentuais semelhantes, tais como: necessidade de pagar transporte para chegar ao hospital (53,7%); necessidade de comprar remédios (55,3%); necessidade de pagar para fazer exames complementares (52,4%).

**Tabela 5.** Problemas identificados pelos usuários, considerando o itinerário e a assistência prestada nos hospitais regionais de Pernambuco avaliados

Problemas	Sim		Não		Não soube responder	
	n.	%	n.	%	n.	%
Necessidade de pagar transporte para chegar ao hospital	458	53,7	394	46,2	1	0,1
O hospital ser muito distante da residência do usuário	499	58,5	353	41,4	1	0,1
Demora em ser atendido	499	58,5	348	40,8	6	0,7
Necessidade de pagar para fazer exames complementares	447	52,4	405	47,5	1	0,1
Necessidade de comprar remédios	472	55,3	380	44,6	1	0,1
O profissional não resolver o seu problema	503	59,0	346	40,6	4	0,5
Ter sido mal recebido ou terem faltado com o respeito	472	55,3	377	44,2	4	0,5

## Discussão

Na realidade brasileira, a assistência às urgências/emergências em redes de saúde apresenta especificidades, relacionadas, sobretudo, ao incremento dos agravos por causas externas, ampliação das unidades de pronto-atendimento, municipalização da assistência à saúde, conflito de interesses entre prestadores



(públicos ou privados) e pressão da população na demanda por tais serviços (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Com ênfase nesse último aspecto, o presente estudo assumiu os usuários como eixo central, no intuito de evidenciar potencialidades e mazelas de sua trajetória de contato com rede de cuidados até as unidades regionalizadas de urgência/emergência hospitalar, com vistas à discussão sobre a necessidade de organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Admitiram-se, porém, as possíveis limitações advindas da abordagem à população em situação de fragilidade física e emocional, o que acarretou na eliminação das unidades da capital do estado.

A avaliação do itinerário percorrido pelos usuários apontou a confiança/credibilidade depositada nos hospitais como principal motivo para seleção das unidades avaliadas, concordando com outros estudos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; MOIMAZ et al., 2010), que também identificaram esse aspecto como gerador de demanda e satisfação dos usuários para com o setor de urgência/emergência hospitalar. Esse cenário pode ser fruto de vivências anteriores na busca por cuidados de saúde, sendo tais experiências possíveis corresponsáveis na formação da concepção de adoecimento, na procura por serviços de saúde e nas expectativas em relação às futuras intervenções (FAVORETO, 2006).

Ademais, a responsabilidade pela busca da assistência à saúde ainda está centrada no usuário, haja vista que a organização das linhas de cuidado ininterrupto e dos fluxos de referência e contrarreferência assistencial ainda prevalece no âmbito normativo (SILVA JÚNIOR; ALVES; ALVES, 2005) ou está baseada em mecanismos de pactuação isolados de municípios e regiões com interesses nem sempre comuns (VENÂNCIO, 2011; MINAYO; DESLANDES, 2009). Essas questões também foram anunciadas neste estudo, pois pequena parcela dos entrevistados procurou o hospital devido ao encaminhamento formal de outras unidades de menor complexidade assistencial, bem como recorreu aos serviços de urgência/emergência para aquisição ou administração de medicamentos e realização de exames complementares.

Acrescenta-se que, embora tenha havido relativa demora entre a identificação da demanda e a procura por atendimento, expressiva maioria recorreu aos hospitais avaliados como primeira opção para solucionar seus problemas de saúde. Esse quadro pode estar relacionado à origem da população abordada (sobretudo residentes do município sede da unidade hospitalar). Porém, a

concepção do setor de urgência/emergência como ambiente propício ao primeiro contato com unidades de saúde ainda está presente entre os usuários. Estes, frente aos recepcionistas e à equipe de triagem, podem revelar sintomas reconhecidos como urgentes para serem mais rapidamente atendidos, ou procurar os hospitais apresentando enfermidades reconhecidas como não urgentes, no intuito de terem seus problemas resolvidos (NEVES, 2006).

Entre os sujeitos que procuraram atendimento anteriormente nos hospitais regionais, a maioria apelou para apenas uma unidade, sendo consultados pelo médico em Unidades de Saúde da Família. Apesar disso, a chegada dos usuários aos setores de urgência/emergência com a mesma queixa pode significar deficiências na resolubilidade do tratamento oferecido ou a necessidade de atendimento devido ao esgotamento dos demais níveis de complexidade assistencial. Ainda cabe mencionar que as principais razões para o não atendimento no último serviço de saúde estiveram vinculadas à ausência de profissional e à disponibilidade de vaga na última unidade procurada pelo usuário, corroborando com possíveis insuficiências na rede de cuidado.

Com esses últimos achados, a presente avaliação se aproxima dos resultados de um estudo sobre as causas para consultas não urgentes em unidade de emergência pediátrica hospitalar na Argentina, o qual apontou a dificuldade para atendimento e resolutividade da atenção básica como principal razão da demanda ao serviço de maior complexidade assistencial (VINELLI, 2011). Em estudo desenvolvido no município de Recife, identificou-se que o baixo investimento na rede de atenção primária à saúde agrava a superlotação dos hospitais e o persistente déficit de leitos de emergência e de UTI frente à grande demanda existente (MINAYO; DESLANDES, 2009). Ainda segundo Starfield (2006), a carência de unidades básicas resolutivas implica em demanda inadequada aos serviços especializados, assim como verificado nesta avaliação. Aponta-se também que a utilização excessiva e imprópria de consultas especializadas pode gerar efeitos nocivos aos usuários, que poderiam ser mais bem atendidos caso a atenção primária respeitasse os seus reais preceitos.

Nesse sentido, o presente estudo chama atenção também para a necessidade da qualificação dos equipamentos de saúde nos três níveis assistenciais e para os mecanismos de regulação, sob o ponto de vista da minimização e organização da demanda à Rede de Atenção à Urgência Hospitalar, quer seja pelos eventos

agudos decorrentes de doenças crônicas, quer seja pela resolubilidade de unidades pré-hospitalares.

Há que se considerar que, no período do estudo, a cobertura média da Estratégia Saúde da Família nas microrregiões analisadas era de 78,5% (SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2007). Essa taxa se aproxima dos resultados desta pesquisa, que apontam que 66,8% dos usuários afirmaram serem cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Contudo, a indicação dos demais de exclusão de acesso formal a esse equipamento pode ser evento complementar e explicativo da dinâmica de entrada nos hospitais em foco.

Pondera-se ainda que a qualidade dos serviços de média complexidade é essencial para efetivação das Redes de Atenção do SUS, podendo também estar relacionada ao acesso e à utilização dos serviços de urgência/emergência hospitalar. Esse aspecto, embora não tenha sido destaque no presente estudo, não deve ser desconsiderado. Nessa direção, observou-se na avaliação realizada em municípios paulistas que o acesso às unidades especializadas ainda é um obstáculo para a garantia da integralidade, sendo necessária a articulação de políticas com vistas à integração dos serviços, de modo a refletir na qualidade da atenção oferecida e percebida pela população (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Considerando as barreiras identificadas no itinerário e na utilização dos serviços de urgência/emergência, observou-se que o deslocamento dos usuários até os hospitais foi predominantemente custeado pelo indivíduo. Cabe ressaltar que, em estudo realizado por Minayo e Deslandes (2008), a implantação do SAMU foi avaliada como positiva em Recife, com destaque para a articulação desse dispositivo e as demais unidades de saúde por intermédio da central de regulação. Entretanto, no presente estudo, a abordagem aos hospitais regionais localizados no interior pernambucano apontou que a utilização desse recurso foi responsável pela condução de poucos entrevistados. Esses fatos podem significar demanda espontânea do usuário ao serviço e situações de saúde não urgentes ou estar relacionada ao fato da maioria dos entrevistados residir no município do hospital ou em cidades adjacentes.

Não obstante o meio de transporte utilizado, o intervalo de tempo para chegada ao hospital e posterior atendimento – ambos relevantes em casos de urgência/emergência – se concentrou em até 30 minutos para a maior parcela dos entrevistados. É pertinente ressaltar, entretanto, que o *Committee on Trauma*

of American College of Surgeons aponta vinte minutos como prazo ideal para atendimento às situações graves, considerando o risco de morte atribuído a elas (BITENCOURT; HORTALLE, 2009).

Ainda entre os aspectos dificultadores do acesso e uso das unidades estudadas, todos os pontos elencados foram considerados problema para a maioria da população, não havendo relevante divergência percentual entre os itens. A resolubilidade dos casos, a distância entre a unidade e o hospital, e a demora para o atendimento representam as maiores proporções. Quanto às barreiras financeiras (necessidade de pagar transporte, comprar remédios e realizar exames complementares), além de terem sido apontadas como dificuldades nesta avaliação, tornam-se preocupantes frente ao perfil dos entrevistados, com destaque para indivíduos com nível de renda familiar mensal de até um salário mínimo, na sua maioria dependentes do SUS. Tais aspectos corroboram com revisão da literatura apresentada por Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete e Mogollón-Pérez (2012) sobre a utilização dos serviços de saúde colombianos. Esses autores apontam que o status socioeconômico e o local de residência são importantes fontes de desigualdades no acesso, ressaltando que a barreira econômica ainda figura entre as principais causas para a não utilização naquele país.

Outro evento certamente influenciador dos resultados observados foi que este estudo teve como referência o território político-administrativo de Pernambuco para o período de análise de 2006 e 2007. A partir de 2008, alterou-se o desenho regional do estado com a criação da décima segunda Gerência Regional de Saúde, situada no município de Goiana (Zona da Mata Norte), antes pertencente à regional de Limoeiro. A rede de saúde também foi ampliada com a criação de três hospitais especializados e de Unidades de Pronto-Atendimento, sobretudo na região metropolitana, contando com a inserção da administração indireta de Organizações Sociais (OS) nessas unidades.

O rearranjo da rede assistencial, mormente a respeito dos hospitais metropolitanos, previu a organização da demanda com diminuição do fluxo de usuários nos serviços de Recife. Quanto à inserção da administração indireta dessas unidades, faz-se necessária a avaliação da sua influência nos ganhos de efetividade e eficiência relativos aos processos de contratação, prestação de serviços, resolubilidade e sustentabilidade desse modelo de gestão. Em direção favorável, Barbosa e Elias (2010) destacaram maior autonomia administrativa e financeira

nos hospitais contratualizados, com instalação de mecanismos gerenciais, quanto aos processos de trabalho, estabelecimento de metas contratuais e mecanismos de monitoramento, após comparação com um hospital sob administração direta.

No presente estudo, o caminho percorrido pelo usuário chama atenção para o protagonismo dos setores de urgência/emergência avaliados perante a população da região, para as possíveis fragilidades nos atendimentos prévios e para a responsabilização do indivíduo na tomada de decisão sobre a identificação e resolução dos seus problemas de saúde. Sugere ainda a relação entre os determinantes do acesso, tal como modelo proposto por Andersen (1995).

Tais aspectos demonstraram as limitações no acesso aos serviços de urgência/emergência dos hospitais regionais, e indiretamente apontaram para as necessidades de qualificação na rede de cuidados em Pernambuco. Nesse sentido, destaca-se que devem ser mais respeitadas as conquistas legais e normativas em torno da implantação de redes de atenção às urgências/emergências, que visem à ampliação e à qualificação do acesso aos serviços de saúde, para fazer valer os preceitos constitucionais do Sistema de Saúde Brasileiro. Tais esforços, entretanto, perderão credibilidade e aceitabilidade, caso não seja considerada a percepção do usuário no planejamento e na execução dos serviços.<sup>3</sup>

## Referências

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Los Angeles, v.36, p.1-10, mar. 1995.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2483-2495, 2010.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.12, p.1413-8123, 2007.
- BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 9 out 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279*, 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 250, p. 176, dez. 2010. Seção 1, pt.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.600*, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2009. 67 p. (CONASS Documenta; 19)

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira A. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-46.

DONABEDIAN, A. Exploration in quality assesment and monitoring. Volume II. *The criteria anda Standards of quality*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982, 505p.

FAVORETO, C.A.O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas sobre saberes e práticas. 185-203p. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Org: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 484p.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1079-1095, 2010.

\_\_\_\_\_. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2091-2102, set, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogy of freedom: ethics, democracy and civic courage*. Maryland: Rowman and Littlefield, 1998.

GOMES, A.P. et al. A formação médica: revisitando Paulo Freire. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, v.1, p.236, 2004.

HARTZ, Z.M.A.; SANTOS, E.M.; MATILDA, A.H. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; VIERA-DA-SILVA, L.M. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.325-340.

HARTZ, Z.M.A. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.733-738, 2006.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MINAYO, M.C.DE S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

\_\_\_\_\_. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde*, v.24, n.8, p.1877-1886, 2008.

- MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2012.
- NEVES, C.A.B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.691-693, 2006.
- O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P. de; SETA, M.H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1413-8123, 2009.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. *Caderno de Informações em Saúde I GERES-Recife*. Recife: SES, 2007.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.37-52.
- \_\_\_\_\_. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-41.
- SANTOS FILHO, S.B. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Edunijui, 2009.
- SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; ALVES, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p.77-89, 2005.
- STARFIELD, B. Primary care: the filter. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.9, n. 1, p.144-51, mar. 2006.
- TEIXEIRA, C.F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.572-574, 2006.
- TEXEIRA, S.M.F. O SUS e a estratégia de regionalização da Norma Operacional de atenção à saúde (Noas): interdependência municipal, territorialização e planejamento integrado. In: TEXEIRA, S.M.F. *Gestão de Redes: a estratégia da regionalização da política de saúde*. Org: Fleury, S. Ouverney, A.S. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. p.111-147.
- VARGAS-LORENZO I.; VÁZQUEZ-NAVARRETE, M. L.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. salud pública*, v.12, n.5, p.701-712, 2012.
- VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.9, p.3951-3964, 2011.

VINELLI, N.F. et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. *Arch. argent. pediatr.*, Buenos Aires, v.109, n.1, p.8-13, 2011.

## Notas

- <sup>1</sup> Consideraram-se apenas os usuários que não utilizaram o hospital avaliado como primeira opção para solucionar o problema de saúde (n=195).
- <sup>2</sup> Possibilidade de mais de uma resposta por entrevistado.
- <sup>3</sup> L.S. Dubeux participou da concepção do projeto, pesquisa de campo, análise e interpretação dos dados; concepção e redação final do artigo. E. Freese contribuiu na concepção e desenvolvimento do projeto; e redação final do artigo. E. Felisberto colaborou na concepção e redação final do artigo.



## Abstract

### *Access to regional emergency hospitals: approach to users to assess itinerary and obstacles to health services*

The user's perspective is essential to improve health policies aimed at guaranteeing the constitutional principles of universality and integrality. This descriptive cross-sectional study aimed to evaluate access to urgency and emergency departments of the regional hospitals in Pernambuco state, Brazil, based on user's itinerary and on the barriers to health care. A stratified random sample was selected to carry out 853 semi-structured interviews with users of seven hospitals distributed in the regions of *zona da mata*, *agreste* and *sertão*. Among respondents, 74.9% live in the municipality where the hospital is located, and 66.9% declared themselves registered in Family Health Team. Most of them had the hospital as first care unit (77.1%), highlighting the confidence in the service as main reason for selecting the emergency care. Regarding itinerary, respondents (99.5%) sought predominantly just one health unit and underwent medical consultation (75.4%). However, 42.8% still were transferred and of these, most (78.9%) were taken to the hospital being evaluated. Among those who required previous health care, the absence of professionals (65.5%) was the main reason for the lack of care, highlighting the deficiency in problem solving and distance between home and hospital, as important obstacles. The results reveal a scene in which the hospital is the center of health care, indicating the need for strengthening the network of comprehensive health care with a view to reducing social differences in the regional context.

► **Key words:** regional health planning; health care accessibility; emergency care; hospital.