



Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde

Factors associated with the care of elderly persons with Primary Health Care sensitive conditions

778

Anderson da Silva Rêgo¹
Leidyani Karina Rissardo¹
Giovana Aparecida de Souza Scolari¹
Rafaely de Cássia Nogueira Sanches¹
Lígia Carreira¹
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹

Resumo

Objetivo: analisar os fatores associados ao atendimento a idosos em Unidade de Pronto Atendimento por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo transversal, realizado em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil, entre os meses de maio a novembro de 2015. Utilizou-se instrumento semiestruturado constituído por três blocos distintos que abordaram o perfil sociodemográfico, caracterização do atendimento, bem como os motivos que levaram os idosos a buscar assistência na unidade. Os dados foram submetidos à análise descritiva e de regressão logística para tratamento das variáveis. **Resultados:** Foram entrevistados 191 idosos, com prevalência do sexo feminino (56%), com menos de oito anos de estudo (85,3%) e aposentados (78,5%). Os resultados apontaram que as pessoas com presença de morbidade crônica possuem 1,42 vezes mais chances (IC: 1,08 - 5,42) de procurar a Unidade de Pronto Atendimento antes da Unidade Básica de Saúde e têm 1,65 vezes mais chances (IC: 1,01 - 6,82) de serem encaminhadas pela própria unidade para assistência. A falta de médico nas Unidades Básicas de Saúde também apareceu como fator responsável por 1,36 vezes mais chances (IC: 1,03 - 5,38) do idoso ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento por condições sensíveis à atenção primária. **Conclusão:** a insuficiente oferta de recursos humanos no primeiro nível de atenção do serviço de saúde, somada à necessidade de tratamento de morbidades, aparecerem como fatores associados à procura dos idosos pela assistência por condições sensíveis à atenção primária, nos quais, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram os principais motivos de busca, com 47,6%.

Palavras-chave: Idoso. Serviços Médicos de Emergência. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Geriátrica.

Abstract

Objective: to analyze factors associated with the care of the elderly for Primary Health Care sensitive conditions in an Emergency Care Unit. **Method:** a cross-sectional study was carried out in a municipal district located in the northwest of the state of Paraná, Brazil, between May and November of 2015. A semi-structured instrument was used, consisting of three distinct blocks that addressed sociodemographic profile, characterization of care and the reasons that led the elderly to seek care in the unit. The data were submitted to

Keywords: Elderly. Emergency Medical Services. Primary Health Care. Geriatric Nursing.

¹ Universidade Estadual de Maringá (UEM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, PR, Brasil.

descriptive analysis and logistic regression for the treatment of variables. *Results:* A total of 191 elderly persons, who were female (56%), had less than eight years of schooling (85.3%) and were retirees (78.5%) were interviewed. The results showed that people with chronic morbidities were 1.42 times more likely (CI: 1.08 - 5.42) to seek the Emergency Care Unit prior to the Basic Health Unit and were 1.65 times more likely (IC: 1.01 - 6.82) to be referred by the unit for care. The lack of a doctor in Basic Health Units was also a factor responsible for the 1.36 times greater chance (CI: 1.03 - 5.38) of the elderly being referred to the Emergency Care Unit for primary care sensitive conditions. *Conclusion:* the lack of human resources in the first level of care of the health service, together with the need for treatment of morbidities, were factors associated with the elderly seeking treatment for primary care sensitive conditions, with diseases of the osteomuscular and connective tissue systems the main reasons for seeking such care (47.6%).

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população tem ocorrido de maneira acelerada nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, esse fenômeno está associado com o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que 79% dos brasileiros com mais de 60 anos referem ser portadores de alguma condição crônica de saúde¹⁻³. A carga de doenças média em anos de vida perdidos e ajustados por incapacidade compõe 14,8% de doenças infecciosas, 10,2% de causas externas e de 66,2% de doenças crônicas, o que configura uma situação de tripla carga de doenças⁴.

No intuito de atender ao impacto das demandas de saúde do idoso, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) sancionou a Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa. Essa política visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde, pautando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando desenvolver ações resolutivas tanto no âmbito individual, quanto coletivo, sendo ofertadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Tais ações devem ser intermediadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidade Básica de Saúde (UBS) em suas áreas de abrangências, apoiadas e articuladas com a atenção secundária e terciária, como referências de média e alta complexidade^{5,6}.

Sabe-se que o sistema de saúde brasileiro adota a APS como porta de entrada preferencial do usuário nos serviços de saúde. Porém, esse ponto de atenção apresenta desafios que necessitam ser superados, como por exemplo, a oferta insuficiente

de serviços de saúde tendo em vista a escassez de recursos humanos e tecnológicos⁷. Tal fato reflete na demanda de outros estabelecimentos de saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

As UPA, integram o nível de atenção intermediária, mediando as referências de UBS/ESF e hospitais, com atendimentos resolutivos de quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica. Neste aspecto, estudo realizado no sul do Brasil apontou que grande parte dos atendimentos no serviço de alta complexidade não se enquadra nos casos de urgência e emergência, causando transtorno à ordem organizacional, com prejuízos emocionais a pacientes e profissionais, comprometendo a qualidade do atendimento prestado⁸. Atendimento de condições sensíveis à APS acontecendo nas UPA é indicador avaliativo do primeiro nível de atenção à saúde, uma vez que ações eficientes na promoção e prevenção de comorbidades implicam diretamente na diminuição de ingressos hospitalares⁹.

Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) trata-se de uma lista desenvolvida pelo MS e publicada pela Portaria 221/2008 que indica as hospitalizações evitáveis caso os serviços de atenção básica fossem efetivos e/ou acessíveis⁹. As ICSAP podem envolver, entre outras condições, complicações não controladas de uma doença crônica ou outras condições relacionadas ao acesso às ações e serviços de prevenção¹⁰.

Conhecer as causas sensíveis dos atendimentos nas UPA favorece a identificação dos efeitos das ações da APS, direcionando o planejamento de intervenções nas localidades o que contribuí sobremaneira para a

redução dos atendimentos evitáveis, principalmente da população idosa¹¹. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao atendimento de idosos em UPA por condições sensíveis a atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado entre os meses de maio a novembro de 2015 em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil. O município em questão possui população estimada de 403.063 habitantes e conta com 35 UBS e 74 equipes ESF, perfazendo a cobertura populacional de 68,01%¹². Possui duas UPA em funcionamento. O estudo foi realizado em uma, a qual abrange cerca de 200 mil pessoas, cadastradas em 11 UBS do município¹³.

Para realização do cálculo amostral, levantou-se o número de idosos atendidos na UPA nos últimos quatro meses anteriores ao início da coleta de dados, que resultou a média de 300 indivíduos idosos atendidos mensalmente. Em seguida, foi realizada amostra estratificada proporcional, considerando estimativa de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, acrescido mais 10% para possíveis perdas. A amostra final resultou em 191 pessoas. A técnica de seleção foi não probabilística por tráfego, ou seja, os idosos que compareceram a UPA foram convidados a participar do estudo. A inclusão deu-se após a constatação da capacidade cognitiva adequada, mediante a aplicação do teste Miniexame de Estado Mental (MEEM), considerando declínio cognitivo a pontuação igual ou inferior a 24 pontos¹⁴.

Além da avaliação do estado cognitivo, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos, idade igual e/ou superior a 60 anos e que não foram classificados em critérios de urgência (cor verde e azul), elencados a partir da classificação de risco através do Protocolo de Triagem de Manchester, que consiste em classificar o paciente de acordo com sua condição clínica e não por ordem de chegada¹⁵.

Após a classificação de risco, a consulta médica e a comprovação de que o atendimento era de característica sensível à atenção primária, os idosos foram abordados para verificar se o diagnóstico recebido era classificado pelo código da Décima

Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e se pertencia a Lista Brasileira de ICSAP, que possui 19 grupos diagnósticos⁹.

Em seguida, foi aplicado um instrumento semiestruturado, dividido em três blocos distintos. Primordialmente, foi realizado o teste piloto, o qual foi submetido a modificações para qualificação e adequação ao universo em que foi aplicado.

O primeiro bloco do instrumento continha particularidades quanto à identificação do paciente e situação sociodemográfica (sexo; idade; escolaridade; situação econômica; UBS de referência) e clínica (morbidades existentes; recidivas a UPA; possuir plano de saúde). O segundo bloco abordou a caracterização do atendimento prestado na unidade (classificação de risco; se houve encaminhamento pela UBS e, em caso positivo, qual profissional realizou o encaminhamento; a percepção do entrevistado sobre a necessidade do encaminhamento, quando houve; necessidade em saúde referida pelo paciente; diagnóstico recebido, o qual indicaria a inclusão do sujeito ao estudo, de acordo com o CID-10 e ICSAP).

O terceiro bloco abordava questões referentes aos motivos que levaram a procura por atendimento a UPA (frequência na procura por atendimento na UBS; se houve procura por atendimento pela queixa de saúde na UBS antes da UPA; motivos que levaram a não procura por atendimento na UBS; se houve procura por atendimento na UBS, qual motivo que levou a não solução da queixa de saúde; como avalia o atendimento na UBS e em caso de avaliação insatisfatória, qual o motivo; opiniões sobre o que deveria melhorar na UBS; classificação da gravidade do problema de saúde atual; se realiza tratamento para a morbidade existente na UBS; conhecimento sobre a função da UBS e da UPA no atendimento as pessoas; expectativa do atendimento na UPA).

Adotou-se como variáveis dependentes: *Encaminhado pela UBS*, por meio da guia de encaminhamento da UBS, comprovando que o mesmo procurou atendimento na unidade e por algum motivo foi encaminhado e a variável *Procurou a UBS antes da UPA*, em que o participante foi questionado sobre sua procura pela assistência na UBS antes da sua busca por atendimento na UPA. Foram consideradas as duas variáveis dependentes a partir das respostas relatadas pelos entrevistados e pela

ausência de encaminhamento pela UBS na maioria daqueles que responderam ter procurado a unidade para atendimento para seu problema de saúde.

As variáveis independentes foram divididas em dois blocos, o primeiro avaliou os motivos que levaram a não procura pela UBS: avaliação acerca do atendimento realizado pela UBS; presença de morbidades crônicas, como aqueles que fazem acompanhamento; localização geográfica, sendo considerado como parâmetro para medir a distância a caminhada de vinte a trinta minutos, levando-se em conta fatores relacionados ao transporte coletivo, como o custo e o tempo de espera¹⁶; falta de médicos; insegurança no atendimento da UBS; horário de atendimento da UBS.

O segundo bloco avaliou os motivos que levaram a procura pela UPA: melhores recursos tecnológicos e assistenciais da UPA, quanto à presença de médicos disponíveis para a assistência e de equipamentos para exames de imagem; melhor atendimento da UPA; não necessidade de agendar consulta na UPA; considera a situação clínica como caso de UPA, em que eram questionados sobre sua percepção em relação ao seu estado atual de saúde; rapidez no atendimento; possibilidade de realizar exames, em que não era necessário agendar dia e horário, como na UBS; entrega de exames no mesmo dia em que foi realizado, o que difere na UBS, em que o prazo era de aproximadamente 10 dias.

Todos os questionários foram checados pelos pesquisadores para correção dos possíveis erros de digitação e falhas quanto aos requisitos considerados para a inclusão do sujeito no estudo.

Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos em número percentual e absoluto. A associação entre as variáveis independentes e as dependentes foi verificada por meio da análise de regressão logística univariada, utilizando o método Forward, considerando e inserido em ordem crescente aqueles que mantiveram no modelo por apresentar valor de $p < 0,20$ e multivariada. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de 95% como medida

de precisão, considerando a significância estatística aqueles com valor de $p < 0,05$.

O estudo desenvolveu-se em conformidade com os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷ e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n.º 137/2014). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

Foram entrevistados 191 idosos, com prevalência na faixa etária entre 60 a 70 anos (49,7%), do sexo feminino (56%) e moravam com companheiro (59,1%). Grande parte possuía <8 anos de estudo (85,3%) e eram aposentados e/ou pensionistas (78,5%). Quanto à situação clínica, a maioria referiu presença de morbidade crônica em tratamento (91,1%) e não possuíam plano pela rede complementar de saúde (70,7%).

Quanto à classificação dos atendimentos de acordo com o CID-10 e que caracteriza ICSAP, a maioria dos atendimentos foi por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (47,6%), doenças do aparelho respiratório (30,3%) e doenças do aparelho digestivo (10,9%), apresentados na tabela 2.

Na análise univariada, a associação com a variável que resulta na procura pela UBS antes da UPA evidenciou que os idosos que possuem morbidades crônicas, têm 1,67 vezes mais chances de não procurar a UBS antes da UPA. Também se evidenciou que a falta de médicos ($p=0,038$) e a insegurança no atendimento ($p=0,025$), reduz a chance de procura pela UBS para consulta. Não obstante, considerar o caso clínico como perfil de atendimento na UPA ($p=0,003$), os melhores recursos disponíveis ($p=0,038$) e a não necessidade de realizar agendamento para consulta na UPA ($p=0,002$) também são fatores que reduzem a chance de idosos procurarem a UBS para consulta (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos atendidos na UPA. Paraná, 2015.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
60 a 70	95	49,7
71 a 80	50	26,2
>81	46	24,1
Sexo		
Feminino	107	56,0
Masculino	84	44,0
Estado Conjugal		
Com Companheiro	113	59,1
Sem Companheiro	78	40,9
Escolaridade (anos)		
<8	163	85,3
>8	28	14,7
Situação econômica		
Aposentado	150	78,5
Empregado	30	15,7
Desempregado	11	5,8
Plano de Saúde		
Sim	56	29,3
Não	135	70,7

Tabela 2. Caracterização do atendimento a idosos classificados com queixas sensíveis à atenção primária que procuram atendimento em UPA. Paraná, 2015.

Principais queixas*	CID-10**	N	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	91	47,6
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	58	30,3
Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	13	6,8
Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	06	3,1
Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	21	10,9
Doenças do sistema nervoso	G00-G99	17	8,9
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	08	4,1

*Alguns idosos tinham mais de uma queixa; **CID: Classificação Internacional de doenças

A associação com a variável em que os idosos foram comprovadamente encaminhados pela UBS, evidenciou que aqueles em que há presença de alguma

morbidade crônica têm 2,75 vezes mais chances e a falta de médico têm 2,81 vezes mais chances de serem encaminhados para atendimento na UPA (Tabela 3).

Tabela 3. Análise univariada dos fatores associados à procura de idosos por assistência na UPA. Paraná, Brasil, 2015.

Variáveis	Procurou a UBS antes da UPA		Análise Univariada			Foi encaminhado pela UBS		Análise Univariada		
	Sim	Não	OR	IC95%	p	Sim	Não	OR	IC95%	p
Percepção ao atendimento da UBS										
Negativo	27	114	1	0,52-2,95	0,621	22	119	1	0,82-10,13	0,084*
Positivo	8	42	1,24			3	47	1,89		
Presença de Morbidades										
Não	21	100	1	1,26-5,67	0,009*	8	106	1	1,52-9,21	0,002*
Sim	14	56	2,67			17	60	2,75		
Localização Geográfica da UBS										
Perto	29	110	1	0,19-1,27	0,138*	19	120	1	0,31-2,19	0,698
Longe	6	46	0,49			6	46	0,82		
Falta de Médicos na UBS										
Não	27	91	1	0,17-0,97	0,038*	8	108	1	1,71-9,69	0,004*
Sim	8	65	0,41			17	58	2,81		
Insegurança no atendimento da UBS										
Não	34	128	1	0,01-1,02	0,025*	24	138	1	0,02-1,58	0,095*
Sim	1	28	0,13			1	28	0,2		
Melhor atendimento na UPA										
Não	30	116	1	0,17-1,33	0,153*	21	125	1	0,18-1,79	0,339
Sim	5	40	0,48			4	41	0,58		
Melhores Recursos na UPA										
Não	30	101	1	0,14 - 0,97	0,038*	22	108	1	0,07-0,88	0,022*
Sim	5	55	0,38			3	58	0,25		
Demora no atendimento na UBS										
Não	28	117	1	0,30-1,85	0,532	17	128	1	0,63-3,95	0,312
Sim	7	39	0,75			8	38	1,58		

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Procurou a UBS antes da UPA		Análise Univariada		Foi encaminhado pela UBS		Análise Univariada		
	Sim	Não	OR	IC95%	Sim	Não	OR	IC95%	
Considera caso de UPA									
Não	30	92	1	0,08-0,65	21	101	1	0,09-0,90	0,025*
Sim	5	64	0,24		4	65	0,29		
Rapidez no atendimento da UPA									
Não	12	34	1	0,24-1,18	8	128	1	0,25-1,57	0,321
Sim	23	122	0,53		17	38	0,63		
Possibilidade de realizar exames na UPA									
Não	22	96	1	0,44-2,01	16	102	1	0,37-2,14	0,806
Sim	13	60	0,94		9	64	0,89		
Não necessita realizar agendamento de consulta na UPA									
Não	26	71	1	0,12-0,65	20	77	1	0,07-0,60	0,002*
Sim	9	85	0,28		5	89	0,21		

* As variáveis com p-valor <0,20 foram incluídas na análise multivariada; OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança; UBS: Unidade Básica de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Na análise multivariada, os resultados apontaram que as pessoas com presença de morbidade crônica possuem 1,42 vezes mais chances de procurar a UPA antes da UBS e 1,65 vezes mais chances de ser

encaminhado pela própria unidade para assistência na UPA. A falta de médico é responsável por 1,36 vezes mais chances do idoso ser encaminhado a UPA para atendimento de sua necessidade de saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Análise multivariada dos fatores associados à procura de idosos por assistência na UPA. Paraná, Brasil, 2015.

Variáveis	Procurou a UBS antes da UPA		Análise Multivariada		
	Sim	Não	OR	IC95%	p
Presença de Morbidades					
Não	14	100	1	1,08 - 5,42	0,032
Sim	21	56	1,42		
Falta de Médicos na UBS					
Não	27	91	1	0,15 - 0,96	0,041
Sim	8	65	0,38		
Considera caso clínico de UPA					
Não	30	92	1	0,07 - 0,59	0,003
Sim	5	64	0,20		
Não necessita realizar agendamento de consulta na UPA					
Não	26	71	1	0,12 - 0,72	0,007
Sim	9	85	0,31		
Variáveis	Encaminhado pela UBS		Análise Multivariada		
	Sim	Não	OR	IC95%	p
Presença de Morbidades					
Não	8	106	1	1,01 - 6,82	0,043
Sim	17	60	1,65		
Falta de Médicos na UBS					
Não	8	108	1	1,03 - 5,38	0,032
Sim	17	58	1,36		

OR: *Odds Ratio*; IC: intervalo de Confiança; UBS: Unidade Básica de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

DISCUSSÃO

A ESF está em crescente expansão nos últimos anos. Dados demonstram que no ano de 1998, o país possuía 2.195 equipes cadastradas no MS, realizando a cobertura de 4,4% da população brasileira. No início de 2016 o número é de 48.410 equipes, com cobertura populacional de aproximadamente 64%. No estado do Paraná, os números demonstram aumento ainda mais significativo, em que as equipes passam de 115, no ano de 1998, para 2.868 equipes em 2016, com cobertura de 68% da população do estado¹⁸.

No município em que o estudo foi realizado os dados registrados também mostram aumento das equipes cadastradas. Atualmente, são 75 equipes com cobertura populacional de 68,01%^{15,18}. Apesar desse avanço, ainda existem desafios complexos a serem superados pela APS, como fazer uso das informações que são colhidas e disponibilizadas pelas próprias equipes da ESF. Essa desarticulação na micropolítica da APS reflete na atenção à saúde, a qual, em muitas situações, demonstra-se não resolutiva levando a população buscar outros níveis de atenção para suprir suas necessidades de cuidados⁷.

A utilização do indicador de ICSAP serve de subsídio para identificar os atendimentos e classificá-los de acordo com o diagnóstico recebido. Ele relaciona as características desse atendimento, com os atributos da APS, em prevenir, diagnosticar e tratar doenças, como também, realizar o acompanhamento e controle da saúde de pessoas com doenças crônicas. Essas ações, quando efetivas, reduzem a frequência de atendimentos sensíveis à APS em outros níveis de complexidade¹⁹.

O estudo destinou-se a população idosa, pois reconhece que os gastos por internações são maiores nessa faixa etária devido à vulnerabilidade fisiológica, econômica e social²⁰. O número de idosas foi ligeiramente superior aos homens o que vai ao encontro de estudos sobre perfil da população atendida em serviços de saúde^{19,21}. A maioria não possuía mais que oito anos de estudos o que os coloca em situação de vulnerabilidade social. Estudo demonstra que a baixa escolaridade acarreta em menores taxas de adesão ao tratamento de doenças crônicas, fortemente influenciadas pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde²⁰.

Os idosos que residem com companheiros possuem comportamentos diferentes daqueles que residem sozinhos. Isso acontece devido ao apoio entre si, fortalece o casal para o enfrentamento do envelhecimento o qual se apresenta, muitas vezes somado com doenças crônicas. Além disso, enfatiza-se que o papel dirigente da mulher no grupo familiar, influência no maior controle e busca por serviços de saúde do companheiro. Esse fato indica a necessidade de se considerar as diferenças de gêneros e composições familiares buscando melhorar a qualidade da atenção à saúde mais coerente com as necessidades singulares dos usuários²².

Destaca-se a importância fundamental de modificar a própria abordagem do profissional de saúde que recebe a população idosa na APS a partir de educação permanente e valorização profissional, com fortalecimento do vínculo e acolhimento das necessidades de saúde. O resultado deste estudo mostrou que os idosos que procuraram a UBS antes da UPA e que realizam tratamento de alguma morbidade crônica possui duas vezes mais chances de ser encaminhado a UPA por algum profissional de saúde. O mesmo resultado foi observado na associação com a variável que investiga se o idoso

foi encaminhado por algum profissional da UBS falta de médicos na UBS.

A APS é considerada o serviço de saúde de primeiro contato e precisa ser compreendida como a entrada preferencial para utilização das ações e serviços de saúde. A atenção à saúde prestada por esse nível, necessita considerar as características da população, o comportamento das pessoas, bem como os recursos tecnológicos disponíveis^{23,24}.

As ações desarticuladas refletem em lacunas no cuidado aos usuários dos serviços de saúde, em especial o idoso. Os resultados desta pesquisa aproximaram-se dos resultados de um estudo realizado com usuários, profissionais de saúde e gestores de UBS para avaliar a integralidade das ações, o qual também apontou a insatisfação dos usuários em relação a não resolutividade das queixas agudas, o que pode inferir como motivo em buscar atendimento em UPA^{23,24}.

O resultado apontado pela associação com a variável que investiga se o idoso procurou a UBS antes da UPA, mostrou que o idoso com morbidade crônica possui mais chances de procurar a UPA antes da UBS. Em outras pesquisas, foram identificados que muitos usuários procuram a UPA devido à falta do profissional médico na UBS^{23,24}. Além da certeza do atendimento pelo profissional médico e realização de exames complementares, sem a necessidade de agendamento prévio²⁵.

O fato da UPA caracterizar-se por unidade que oferece atendimento médico ininterruptamente, trata-se de um grande desafio para a saúde pública, pois os comportamentos da população e dos próprios profissionais de saúde ainda são influenciados pelo modelo biomédico hegemônico, sendo o conceito de prevenção pouco debatido e/ou compreendido pela sociedade. Essa situação reflete a necessidade de os profissionais de saúde aprenderem a importância da articulação entre os níveis dos serviços e ações de saúde, conforme diretrizes das Redes de Atenção à Saúde que orienta a APS como modelo de atenção^{26,27}.

A organização do sistema de saúde em forma de pirâmide, adotada desde o início do século XX, com fluxos de usuários em níveis de complexidade tecnológica variadas, não alcançou resultados satisfatórios às necessidades da população. Tal

modelo de atenção não está sendo coerente com as necessidades de saúde da população, principalmente, diante do envelhecimento populacional somado com a prevalência das doenças crônicas. A cobertura assistencial não integra as ações de cuidado e demonstra ser insuficiente para realidade que o país vivencia²⁸. A inadequação da demanda em UPA tem sido relatada tanto por pesquisadores nacionais^{28,29} quanto internacionais^{30,31}. Esse resultado sugere que muitas unidades de média complexidade têm funcionado para atender situações passíveis de serem acolhidas, solucionadas e acompanhadas pela atenção básica^{28,32}.

É fato que o modo como o SUS está estruturado atualmente demonstra mais preparo para o manejo clínico das condições agudas do que para as condições crônicas. Nesta perspectiva, faz-se importante salientar que essa realidade também tem sido vivenciada em outros locais do mundo. Estudo realizado na Austrália apontou que os atendimentos sensíveis às atenções primárias eram mais prevalentes na população com idade superior a 60 anos e que a maioria dos atendimentos tratava de complicações de doenças crônicas e degenerativas³⁰. Os resultados dessa pesquisa apontaram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as doenças do aparelho respiratório e circulatório esteve entre os principais motivos de procura por assistência na UPA.

Ainda corroborando com resultados desta pesquisa, estudo de revisão de literatura apontou que a oferta de médico e a continuidade dos cuidados primários reduzem a hospitalização por problemas agudizados decorrentes de morbidades crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*³¹. Esse resultado reforça a necessidade da longitudinalidade do cuidado prestado àqueles que possuem morbidades crônicas, com intuito de evitar possíveis complicações, evitando dessa maneira re-hospitalizações.

Ademais, a limitação deste estudo deu-se pelo tamanho da amostra e por ter sido realizado em apenas uma UPA, das duas existentes no município, o que impossibilita a generalização dos resultados, limitando-se apenas para a população em questão. Além disso, outra limitação foi a pesquisa ter sido realizada dentro da unidade, o que pode gerar constrangimento e conseqüente influência do ambiente nas respostas dos participantes. Reitera-se que o estudo aponta fatores que levaram ao atendimento e não por internações por condições sensíveis à atenção primária, o que pode servir de subsídio para a compreensão de profissionais sobre a demanda de serviços característicos de outro nível de atenção.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que os idosos que possuem doenças crônicas possuem mais chances de procurar a UBS e de serem encaminhados pelos profissionais responsáveis pela atenção de nível primário. Revelou ainda que a falta de médicos nas UBS também é um fator que proporciona o aumento na procura por atendimento por condições sensíveis à atenção primária.

Constata-se, portanto, barreiras entre as necessidades de saúde dos idosos e a oferta dos serviços, o que demonstra que a reorganização da atenção primária não será suficiente para resolver os problemas de saúde da população, demandando outros meios de organização dos fluxos de serviços. Há urgência de atenção político-administrativa, para que estratégias que minimizem os atendimentos em UPA por condições sensíveis à atenção primária sejam implementadas, sobretudo, para a população idosa, que possui particularidades específicas e necessita de atendimento contínuo e integral, dimensões encontradas na atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Evangelista RA, Bueno AA, Castro PA, Nascimento JN, Araújo NT, Aires GP. Perceptions and experiences of elderly residents in asylum. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014;[acesso em 07 mar. 2016];48(Esp 2):85-91. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/reecusp/article/view/103111/101443>
2. Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluation of professional knowledge and attitudes on dementia patient care: a trans-cultural adaptation of an evaluation instrument. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2015 [acesso em 01 fev. 2016];49(2):298-308. Disponível

- em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200298&lng=en
3. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2016.
 4. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
 5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
 6. Almeida RT, Ciosak SI. Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrality? *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 01 fev. 2016];21(4):884-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400884&lng=en
 7. Oliveira AMS, Menezes TMO. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso em 03 mar. 2016];22(4):513-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15373/11629>
 8. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency care units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 11 mar 2016];24(1):238-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en
 9. Brasil. Portaria n.º 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*. 221(I):70-1;18 abr. 2008.
 10. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 05 mar. 2016];38(Esp):331-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600331&lng=en
 11. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):817-26.
 12. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno Estatístico do Município de Maringá*. Curitiba: [sem editor]; 2016.
 13. Rissardo LJ, Rego AS, Scolari GAS, Radovanovic CAT, Decesaro MN, Carreira L. Elderly care unit ready for sensitive conditions to primary health care. *REME Rev Min Enferm*. 2016;20:1-7.
 14. Melo DM, Barbosa AJG. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3865-76.
 15. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: a Integrative Literature Review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [acesso em 01 fev. 2016];49(1):144-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en
 16. Muraro CF, Gigante LP, Nedel FB, Carvalho THML, Domenech SC, Gevaerd MS. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos. *Rev baiana Saúde Pública*. 2013;37(1):20-33.
 17. Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*; 2013.
 18. Melo MD, Egry EY. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):129-36.
 19. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of são paulo municipality, Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 18 fev. 2016];21(3):535-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en
 20. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for primary care-sensitive conditions in a Southern Brazilian municipality. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [acesso em 01 fev. 2016];59(2):120-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en
 21. Serbim AK, Goncalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev Gaúch Enferm*. 2013;34(1):55-63.
 22. Reis RS, Coimbra LB, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de gestores, profissionais e usuários. *Cienc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
 23. Marin MJS, Moracvick MYAD, Marchioli M. Access to health services: comparing the perspectives of professionals and users on primary care. *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2014 [acesso em 08 mar. 2016];22(5):629-36. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4238/12287

24. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
25. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina*. 2012;45(1):31-8.
26. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4407-15.
27. Azevedo DSS, Tibães HBB, Alves AMT. Determinants of direct demand by the population with preventable situations. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(10):3306-13.
28. Pires MRGM, Gottens LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde soc*. 2013;22(1):211-22.
29. Silva SF. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.
30. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(4):665-73.
31. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.
32. Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:1-24.

Recebido: 02/08/2017

Revisado: 02/10/2017

Aprovado: 08/11/2017