



LIDIANE CÍNTIA DE SOUZA AMARANTE

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO CRITÉRIOS DE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS E SUPERUTILIZAÇÃO**

Piracicaba

2014



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

LIDIANE CÍNTIA DE SOUZA AMARANTE

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO CRITÉRIOS DE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS E SUPERUTILIZAÇÃO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida por Lidiane Cíntia de Souza Amarante e orientada pelo Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe.

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

Am13c Amarante, Lidiane Cintia de Souza, 1988-
Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização / Lidiane Cintia de Souza Amarante. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Epidemiologia. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 4. Serviços de informação. I. Mialhe, Fábio Luiz, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Characterization of demand of health services in units ready service criteria for classification risk characteristics sociodemographic characteristics and overutilization

Palavras-chave em inglês:

Epidemiology

Emergency medical services

Health services needs and demand

Information services

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia

Banca examinadora:

Fábio Luiz Mialhe [Orientador]

Eliel Soares Orenha

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 14-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 14 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata LIDIANE CÍNTIA DE SOUZA aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "F. Mialhe", written above a horizontal line.

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "E. Orenha", written above a horizontal line.

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "L. Guerra", written above a horizontal line.

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

RESUMO

Este estudo é composto por três artigos, cujo objetivo principal foi caracterizar o perfil dos usuários nos serviços de saúde em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em um município de médio porte no Estado de São Paulo, baseado nos critérios de classificação de risco, e em seus contextos sociodemográficos, socioeconômicos, geográficos e de superutilização do serviço. O Estudo 1 foi realizado em duas Unidades de Pronto Atendimento e teve como objetivo investigar as características de usuários que foram classificados com critérios de risco urgente e não urgente, por meio de entrevistas individuais com uma amostra representativa de 756 usuários. Além disso, buscou-se investigar se houve associações entre as características sociodemográficas, autopercepção da saúde, doença crônica, acesso a Unidade de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), barreiras de acesso, meio de transporte, entre outros (variáveis independentes), com a procura pelo atendimento se apresentava risco urgente ou não urgente. Os resultados mostraram que os indivíduos classificados como não urgentes possuíam os seguintes fatores associados: eram aposentados, foram até o serviço de urgência caminhando ou de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), portadores de doenças crônicas, tinham autopercepção de que seu estado de saúde era urgente, foi encaminhado por conta própria/familiar. O estudo 2 foi realizado a partir de dados secundários coletados em uma UPA entre os anos de 2011 a 2012. A partir dos dados coletados, foi realizada inicialmente uma análise descritiva, apresentando a frequência dos usuários segundo sexo, idade, bairro onde reside e seu índice de exclusão social, horário em que procurou atendimento (manhã, tarde, noite) e a classificação de risco individual se urgente ou não urgente. Em um segundo momento, foi empregado teste estatístico para se avaliar as características associadas aos usuários que procuram pelos serviços da UPA com maior frequência (> 4 consultas). A variável desfecho “superutilização do serviço” foi associada ao grupo de indivíduos

gestantes, crianças, idosos, deficientes físicos e mentais. No estudo 3 foi realizado uma análise qualitativa dos discursos dos usuários das UPA, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de investigar as motivações de usuários classificados com necessidades de atendimento não urgentes. Dentre as motivações para a busca de atendimento nas UPA, foram detectadas seis categorias principais: falta de infraestrutura do posto de saúde mais próximo; percepção de dor e sintomas de emergência; proximidade em relação a casa/trabalho; demora de agendamento e atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS); qualidade do atendimento na UPA; hábito de utilização da UPA. Conclui-se que há a necessidade da gestão implementar ações para redirecionar o uso não urgente dos serviços de urgência, bem como a ampliação do acesso e melhoria da relação entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde para promover o uso adequado destes serviços.

Palavras-chave: Epidemiologia. Serviços Médicos de Emergência. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Serviços de Informação.

ABSTRACT

This study consists of three articles whose main objective was to characterize the profile of users in health services in Emergency Unit in a medium-sized municipality in the State of São Paulo, based on the classification criteria of risk, and their contexts demographic, socioeconomic, geographic and overutilization. Study 1 was conducted in two Emergency Care Units and aimed to investigate the characteristics of a sample of users that were ranked with criteria for urgent and non-urgent risk, through individual interviews with a representative sample of 756 users. Furthermore, we sought to investigate whether there were associations between sociodemographic characteristics, self-perceived health, chronic disease, access to USF/UBS, access barriers, transportation, among others (independent variables), with demand for care is presented risk urgent or not urgent. The results showed that individuals classified as non-urgent had the following associated factors: retired, went to the emergency department or walking SAMU, patients with chronic diseases, self-perception that their health condition was urgent referral for own/family account. Study 2 was conducted using secondary data collected in the Emergency Unit "Alfredo José de Castro" between the years 2011-2012. From the data collected, was initially performed a descriptive analysis showing the frequency of users by gender, age, neighborhood where he resides and its index of social exclusion, a time when tried to call (morning, afternoon, night) and the classification of individual risk is urgent or not urgent. In a second step, statistical test was used to assess the characteristics associated with users looking for UPA services more frequently (> 4 visits). The outcome variable "overutilization of service" was associated with the group of pregnant individuals, children, elderly, the physically and mentally disabled. In Article 3: A qualitative study was conducted, we used the technique of content analysis in order to test the motivations of users ranked in need of non-urgent care. Among the motivations for seeking care in the Emergency Care Units, were detected six major categories:

lack of infrastructure of the nearest health post, perception of pain and symptoms of emergency, home / work proximity; takes care of scheduling and PHC, quality of care in the UPA; habit. We conclude that there is a need for health managers to implement actions to redirect the non-emergency use of emergency services as well as expanding access and improving the relationship between the different levels of the health care system to promote appropriate use of these services.

Keywords: Epidemiology. Emergency Medical Services. Needs and Demand Health Services, Information Services.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	4
Fatores pessoais, socioambientais e da atenção básica, associados ao uso inapropriado de serviços de pronto atendimento	
CAPÍTULO 2	23
Fatores associados à frequência de utilização de Unidade de Pronto Atendimento em um município de médio porte no interior de São Paulo	
CAPÍTULO 3	41
Motivações para o uso inadequado de serviços de urgência médica	
CONSIDERAÇÕES GERAIS	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXO 1	66
ANEXO 2	64
ANEXO 3	68
ANEXO 4	69
ANEXO 5	70

INTRODUÇÃO

A necessidade de conhecer as características dos usuários de serviços de emergência e o padrão de utilização dos serviços é uma ferramenta essencial para o planejamento e o monitoramento do sistema de saúde. A literatura aponta como paciente frequente os indivíduos que realizaram quatro ou mais consultas médicas no período de um ano, o que excede a este número é classificado como superutilização (Hansagi et al., 2001; Capilheira e Santos, 2006).

Em relação à frequência de utilização do serviço de emergência no Brasil, Costa e Fachini (1997) avaliaram que, em geral, quem consulta com maior frequência os serviços de saúde são os indivíduos de classe econômica A e B, mulheres principalmente maiores de 50 anos, hipertensos e que estiveram hospitalizados mais vezes no último ano. Um estudo realizado na Suécia, observou que os usuários frequentes dos serviços de emergência são mais propensos a utilizar repetidamente outros seguimentos de cuidados, como serviços primários de saúde (Hansagi et al., 2001).

O uso inadequado da emergência é um dos motivos da superutilização deste serviço, comprometendo a qualidade do atendimento dos casos realmente urgentes. A definição de urgência é divergente entre estudiosos, é determinada pelo contexto cultural em que o estudo é realizado e se modifica de acordo com a percepção do usuário. Isto dificulta o estabelecimento de critérios para utilização deste tipo de serviço. A demanda do serviço de emergência pode ser classificada como emergência, urgência e não urgência (Derlet, 2002; Stein et al., 2002).

A política nacional de humanização incorporou, em 2009, o sistema de avaliação e classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento como forma de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários dos serviços de urgência, a partir da percepção das necessidades dos pacientes, priorizando o cuidado aos pacientes que realmente necessitam de atendimento imediato (Brasil, 2009).

Os serviços de emergência no Brasil e no mundo são caracterizados pela demanda excessiva, ocasionando elevado custo ao sistema de saúde. Existe uma tendência da população de utilizar este tipo de serviço por

problemas não urgentes o que caracteriza o uso inadequado. Este conceito é bastante variado na literatura e pode estar relacionado à duração dos sintomas, o tempo requerido para intervenção médica, o risco de morte e a necessidade de recursos não disponíveis na atenção básica à saúde. (Abdallat et al., 2000; Rodrigues et al., 2001; Brousseau et al., 2004).

Sendo este fato identificado tanto em países com sistemas socializados como Suécia e Grã Bretanha, assim como nos EUA, onde o sistema é de seguro privado, ou seja, estudos mostram que, independente do sistema de saúde ser predominantemente público ou privado e dos diferentes países, os fatores associados à demanda de emergência são semelhantes (Billings et al., 2000; Stein 2002; Braun et al., 2002; Brousseau et al., 2004).

Aproximadamente 40% dos atendimentos dos adultos realizados em unidades de emergência na Europa são classificadas como não urgentes já nos EUA esta estimativa é ainda maior; 85% das visitas dos pacientes de emergência não apresentaram risco de morte (Oliveira et al., 2011).

Estudos sobre avaliação da utilização dos serviços de emergência têm buscado investigar as associações para o uso inadequado dos usuários e muitas razões contribuem para este fato, como a preferência dos pacientes, conveniência e acessibilidade destes serviços em comparação aos serviços de cuidados primários (Sempere-Selva et al., 2001; Bianco et al., 2003; Carret et al., 2007).

No hospital de emergência na cidade de Elche localizada na Espanha, verificou-se que foram avaliadas como inadequadas o total de 882 (29,6%) consultas ao serviço de emergência. O uso inadequado foi associado com pacientes mais jovens, que utilizaram o serviço como meios de transporte próprio e com diagnósticos de menor gravidade (Sempere-Selva et al., 2001).

O uso inadequado dos usuários dos serviços de urgência na Itália, de acordo com Bianco et al. (2003), foi significativamente mais provável em pacientes que residiam mais perto dos serviços de emergência. Talvez por se tratar de pacientes mais jovens e de menor classe econômica. Porém, no estudo que avaliou a utilização dos usuários de emergência nos EUA e Canadá observou-se que as percentagens de visitas foram praticamente idênticas, apesar de possuírem diferentes tipos de seguros de saúde, os indivíduos com

idade maior que 75 anos e as mulheres tiveram os maiores percentuais de visitas (Guohua Li et al., 2007).

No Brasil, estudo realizado na região Sul identificou que 39% das consultas poderiam ser programadas, 46% eram urgência e 15% delas emergência. Como conduta 73% dos pacientes foram encaminhados para o domicílio ou serviço especializado, 10% ficaram na sala de observação e apenas 5% necessitaram de internação (Stein, 1998).

Apesar de a temática sobre os serviços de emergência ser amplamente estudada internacionalmente, poucos estudos foram feitos no âmbito nacional, e enfatizaram pouco sobre a frequência de utilização de pacientes nos serviços de saúde e sua relação com os impactos socioambientais, tais como o do território de origem dos indivíduos, na tentativa de verificar se estes são de áreas de inclusão ou exclusão social. Esta informação é um subsídio importante para avaliação da equidade em saúde (Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

A caracterização do grupo de indivíduos que consulta médicos acima da média proposta é uma importante informação para os gestores de serviços de saúde planejarem um atendimento diferenciado para esse grupo de usuários. Pois os estudos mostram que com o aumento da idade há uma superutilização dos serviços de saúde (Mendoza-Sassi e Béria; Capilheira e Costa 2006).

A maioria dos estudos que avaliou a associação do uso inadequado dos serviços de urgência testou associações com variáveis sociodemográficas e socioeconômicas. Entretanto, apenas um estudo Carret (2007) utilizou análise multinível para avaliação dos resultados. Desta forma, o presente trabalho busca contribuir para ampliar o conhecimento a partir das análises de variáveis pouco exploradas.

A presente dissertação, em formato alternativo, foi baseada nas normas da Resolução CCPG Unicamp/002/2013, é composta de três capítulos, na forma de artigo que será submetido à publicação. O objetivo geral deste estudo foi caracterizar o perfil dos usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em um município de médio porte no Estado de São Paulo, baseado nos critérios de classificação de risco, e em seus contextos sociodemográficos, socioeconômicos, geográficos e de superutilização.

CAPÍTULO 1: Fatores pessoais, socioambientais e da atenção básica, associados ao uso inapropriado de serviços de pronto atendimento

Personal, environmental and primary care factors associated with inappropriate use of emergency services

Lidiane Cíntia de Souza Amarante*, Glaucia Maria Bovi Ambrosado, Fábio Luiz Mialhe

*** Lidiane Cíntia de Souza Amarante**

Autor correspondente:

Rua: Roque Francisco, nº7. Jardim Bela Vista. CEP: 13690-000. Descalvado-SP.

lidisouza7@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve por objetivo avaliar os fatores socioambientais, pessoais e dos serviços de atenção primária associados ao uso inadequado de serviços de pronto atendimento **Metodologia:** Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado realizado na sala de espera, após o atendimento médico em duas Unidades de Pronto Atendimento. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, bivariadas e análise de regressão múltipla hierárquica a fim de se avaliar as associações entre os indicadores potenciais de risco e a utilização do serviço de urgência. **Resultados:** Os resultados mostraram que os indivíduos classificados como não urgentes possuíam os seguintes fatores associados: eram aposentados, foram até o serviço de urgência caminhando ou através do SAMU, portadores de doenças crônicas, tinham autopercepção de que seu estado de saúde era urgente, e encaminhamento por conta própria/familiar. **Conclusão:** A partir destes achados observa-se a necessidade de se investir em mudanças organizacionais que promovam a ampliação do acesso e resolutividade da atenção básica e a melhor comunicação da rede de atenção à saúde com os usuários a fim de diminuir a demanda de usuários não urgentes nos serviços de urgência.

Palavras-chave: Epidemiologia. Serviços Médicos de Emergência. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Serviços de Informação.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the socio-environmental, personal and primary care services associated with the inappropriate use of the emergency services factors. **Methodology:** Data were collected by applying a semi-structured questionnaire in the waiting room, after medical care in two Emergency Care Units. Descriptive statistics, bivariate analysis and hierarchical multiple regression to assess the associations between potential risk factors and the use of the emergency services were performed. **Results:** The results showed that individuals classified as non-urgent had the following associated factors: retired, went to the emergency department or walking SAMU, patients with chronic diseases, self-perception that their health condition was urgent referral for own/family account. **Conclusion:** From these findings there is a need to invest in organizational changes that promote increased access and outcomes of primary care and better communication of the health care network with users in order to reduce the demand for non-emergency services users urgency.

Keywords : Epidemiology. Emergency Medical Services. Needs and Demand Health Services. Information Services .

INTRODUÇÃO

Há décadas, tem-se verificado uma crescente demanda no uso dos serviços de urgência (casos de gravidade moderada com necessidade de atendimento sem risco imediato) e emergência (caso gravíssimo com necessidade de atendimento imediato, risco de morte) por todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, caracterizada em grande parte por indivíduos que não apresentam problemas urgentes e que poderiam tê-los resolvidos na atenção básica (Carret et al., 2009; Lacalle e Rabin, 2010).

São vários os motivos que podem levar os indivíduos a escolher os serviços de urgência em vez dos serviços de atenção primária para a resolução de seus problemas de saúde. Características sociodemográficas e culturais dos

usuários, bem como problemas relacionados à atenção primária e à organização do sistema de saúde têm sido descritos como principais fatores associados ao uso inadequado destes serviços (Carret et al., 2009; Lowe et al., 2009; Tsai et al., 2010).

Além disso, os usuários que utilizam os serviços de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde frequentemente subestimam a importância de cuidados continuados em saúde, e muitas vezes não têm o conhecimento de que a sua decisão de procurar serviços de emergência pode resultar na utilização inapropriada do serviço nos casos que poderiam ter resolutividade nos serviços de atenção básica (Hunt et al., 2006).

Este fato gera, como consequência, aumento dos custos com a saúde que está intimamente relacionado com os gastos hospitalares, os quais, concentram 70% dos gastos com saúde no Brasil, e também gera um tipo de assistência à saúde que não consegue criar um vínculo do usuário com os serviços, fator fundamental para proporcionar cuidados contínuos em saúde, pois os pacientes recebem tratamento só para alívio dos sintomas pontuais, esquecendo-se da importância de se prevenir novas complicações e outras doenças (Stein, 2002, Fuente et al., 2010).

Apesar da temática relacionada ao uso dos serviços de urgência vir sendo abordada há mais de três décadas na Europa e Estados Unidos, ainda há poucas pesquisas realizadas no Brasil, principalmente no Estado de São Paulo. Além disso, praticamente não existem estudos nacionais que avaliam o impacto de variáveis relacionadas às características do território sobre a demanda por este tipo de serviços (Stein et al., 2002; Olivati et al., 2010; Carret et al., 2009; Lowe et al., 2009).

Assim, visto que a caracterização dos indivíduos urgente e não urgentes que procuram pelos serviços de urgência é uma importante informação para os gestores de serviços de saúde planejarem intervenções para solucionar ou amenizar a superlotação destes serviços, o objetivo deste estudo foi investigar as variáveis socioambientais, pessoais e dos serviços de atenção primária associadas ao uso inapropriado de serviços de Pronto Atendimento em um município de médio porte.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/Unicamp (protocolo nº 054/12). O presente estudo foi realizado no município de Piracicaba-SP, distante 165 km da capital, São Paulo. No ano de 2012, Piracicaba contava com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 45 Unidades de Saúde da Família (USF) e oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Central de Ortopedia e Traumatologia (COT), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo que duas delas possuíam o sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACR).

A população do estudo foi constituída por usuários maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que procuraram as duas UPA do município com ACR no período julho a dezembro de 2012, e foram classificados de acordo com o critério de risco no processo de acolhimento na recepção. Foram excluídos do estudo aqueles que não residiam em Piracicaba, e aqueles em que não atenderam aos critérios de inclusão acima descritos.

Os usuários, que adentraram a UPA, foram qualificados pelo acolhimento com classificação de risco baseado no Sistema de Triagem Manchester, o qual identifica o estado de saúde do indivíduo em 4 níveis de gravidade, por meio de cores: vermelho (emergente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente). Assim as cores verde e azul correspondem aos casos de pouca ou não urgência de atendimento (Costa, 2011). Após a classificação de risco e a consulta médica, os usuários foram convidados pela pesquisadora a participarem da pesquisa. No caso dos pacientes classificados como urgentes foi realizado entrevista com aqueles que tinham condições de responder, caso contrário foi realizado entrevista com o acompanhante.

A amostra do estudo foi calculada considerando o nível de significância de 5%, poder do teste maior que 0,80, taxa de não exposto para exposto na amostra de 1, porcentagem de resposta no grupo não exposto de 10%, odds ratio detectável de 2, resultando em 756 voluntários.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado aplicado pela pesquisadora principal. Foram obtidas dos sujeitos informações sobre quatro grupos de variáveis: 1. Variáveis Demográficas tais como idade, (< 35 anos/35- 64 anos/≥ 65 anos) sexo, cor da pele (branco/não branco), status conjugal atual (com parceiro/sem parceiro), e tempo de deslocamento até a UPA (< 30 min/≥30 min); 2. Variáveis Socioeconômicas, tais como renda (baseada no “Critério de Classificação Econômica Brasil” da ANEP, com base no salário mínimo no período do estudo, e dividido em A+B+C e D+E), escolaridade (0-4 anos, 5- 8 anos, 9 ou mais anos), índice de exclusão social do bairro de procedência (obtidos do Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba - IPPLAP, 2003). O índice apresenta uma variação numérica entre - 1 a 1, e que a classifica em categorias de A - menor exclusão até E -maior exclusão. Os dados dos residentes na zona rural serão excluídos quando da análise dos níveis de exclusão social, pelo fato de não haver esse índice para estas regiões, quantas pessoas moram na casa (<5/≥5), trabalha no momento (sim/não), status ocupacional (trabalhando, desempregado, aposentado), turnos de trabalho (manhã/tarde), meio de transporte para chegar até a UPA (transporte próprio, coletivo, outros), possui plano de saúde (sim, não); 3. Auto relato de necessidades em saúde, tais como estado de saúde (muito bom, bom/ regular, ruim), doença crônica (sim, não), toma medicamentos (sim/não), percepção se seu estado de saúde é urgente (sim, não, não sei), duração dos sintomas (1 dia/ ≤ 10 dias), fumante (sim, não, ex-fumante); 4. Variáveis relacionadas ao uso dos serviços, tais como se já foi alguma vez na UBS/USF do bairro (sim/não), o atendimento é (muito bom, bom/ regular, ruim/ não sei dizer, quase não utilizo), dificuldade de acesso à atenção básica (Não sei dizer, quase não utilizo/não vejo dificuldade de conseguir atendimento quando preciso/), quantas vezes procurou a UPA e a USF/UBS nos últimos seis meses (≤ 3 vezes/4 vezes ou mais), já veio antes à UPA (sim, não), local que procura para cuidados em saúde (serviços públicos e particulares/particulares e farmácia), quem realizou o encaminhamento para a UPA (conta própria ou família/ UBS,USF, SAMU, empresa onde trabalha), satisfação com o atendimento na recepção, com a enfermeira e com o médico (ótimo, bom/ razoável, ruim).

Estas questões foram elaboradas a partir dos estudos anteriores que investigaram o mesmo tema (Gill e Riley, 1996; Stein, 1998; Sarver et al., 2002; Huang et al., 2004; Carret et al., 2007; Sandoval et al., 2010; Backman et al., 2008) caracterizando as variáveis independentes do estudo. A variável dependente caracterizou-se pelos usuários classificados como urgentes e não urgentes.

Foi realizada uma fase piloto, com 20 usuários, a fim de se verificar a clareza e entendimento das perguntas, o padrão de respostas e testar o método de entrevista. As coletas foram realizadas na sala de espera das duas UPA, previamente ao atendimento.

Forma de análise dos resultados

Inicialmente, foram realizadas análises estatísticas descritivas e bivariadas pelos testes de qui-quadrado e Exato de Fisher, odds ratio e o respectivo intervalo de confiança. A seguir foi realizada análise de regressão múltipla hierárquica por meio de modelos lineares generalizados mistos utilizando o procedimento “PROC GLIMMIX” do programa estatístico SAS, a fim de se avaliar as associações entre os indicadores potenciais de risco e a utilização do serviço de urgência.

Esse procedimento estatístico (GLIMMIX) pode ajustar modelos para dados que não apresentem distribuição normal, com efeitos aleatórios hierárquicos. No modelo 1, foram testadas as variáveis idade; no modelo 2, as variáveis significativas no modelo 1 mais status ocupacional e meio de transporte; no modelo 3, as significativas no modelo 2 mais doenças crônicas, percepção de necessidade de emergência e duração dos sintomas, e no modelo 4, as significativas no modelo 3 mais as variáveis status ocupacional, meio de transporte, doença crônica, percepção de emergência, se já tinha esteve antes na UPA e a forma de encaminhamento para emergência foram testadas. Todas as análises foram realizadas no programa estatístico SAS versão 9.2. (SAS, 2009).

RESULTADOS

Nas Tabelas 1 a 4 são apresentados os dados descritivos e a análise bivariada. Foi observada na análise descritiva que os indivíduos entrevistados apresentaram idade média de 46 anos (DP= 19 anos), na sua maioria do sexo feminino (52,2 %), brancos (60,3%) e sem companheiro (51%). Quanto à renda, 68, 8% pertenciam aos níveis econômicos C, D e E. Em relação à escolaridade 46,1% estudaram nove ou mais anos.

A análise bivariada revelou associação entre urgente e não urgente e as seguintes variáveis: idades (menor que 35 anos e entre 35 a 64 anos), maior tempo de deslocamento (> 30 min até UPA), escolaridade (> 9 anos), não estar trabalhando no momento, estar desempregado ou aposentado, trabalhar no turno da manhã, deslocar-se até a UPA por meio de transporte público, ir caminhando, encaminhado através do SAMU ou pela empresa, perceber o estado de saúde como ruim, não apresentar doença crônica, não fazer uso de medicamento, ser fumante, duração dos sintomas de até um dia, quase não utilizar a UBS/USF, encaminhamento para a UPA através do posto de saúde /SAMU/Empresa (Tabela 1 a 4).

Após o ajuste para os potenciais confundidores, as variáveis foram incluídas no modelo multivariado de regressão (Tabela 5). Observou-se que os indivíduos classificados como não urgentes possuíam os seguintes fatores associados ao uso inadequado dos serviços de urgência: aposentados, foram até o serviço de urgência caminhando através do SAMU, portadores de doenças crônicas, responderam sim para percepção sobre a emergência, foram encaminhados por conta própria/familiar (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo descreve as características pessoais, socioambientais e da atenção básica associadas ao uso inadequado de duas Unidades de Pronto Atendimento do município estudado, por meio de uma amostra representativa da demanda desse serviço.

Verificou-se que uma das variáveis associadas aos usuários não urgentes foi pertencer ao grupo de indivíduos aposentados. Geralmente, as pessoas aposentadas apresentam maior idade e, conseqüentemente, maiores problemas crônicos, demandando maior uso dos serviços de saúde. No estudo

de Carret (2009), as doenças crônicas foram mais frequentemente encontradas entre os usuários mais velhos, quando comparados com os mais jovens, sendo uma variável que contribui significativamente para maior utilização do serviço de urgência pelos episódios agudos da doença.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, que acarretou uma mudança no perfil epidemiológico da população, com forte declínio das doenças infectocontagiosas e aumento das condições crônicas, que passam a representar uma expressiva demanda aos serviços de saúde, pois os indivíduos com doenças crônicas necessitam de avaliação frequente de seu estado de saúde (Siqueira et al., 2007; Parreira et al., 2010).

A autopercepção de que o estado de saúde necessitava de cuidados de emergência foi uma variável pessoal associada ao uso inapropriado destes serviços. Estudos sobre necessidades em saúde, geralmente, apresentam uma dicotomia entre a visão normativa do profissional e a visão subjetiva dos pacientes sobre suas necessidades em saúde. No estudo de Stein (1998), realizado no setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS), o médico emergencista considerou como emergência apenas 15% dos casos, enquanto a maioria os pacientes referiram que seu caso era de emergência.

Para decidir sobre onde obter cuidados de saúde, os pacientes se baseiam em aspectos subjetivos das suas próprias experiências as quais refletem situações pontuais. Desta forma, a percepção das necessidades dos pacientes é fundamental para o entendimento da utilização dos serviços de emergência (Stein, 1998).

No presente estudo, as pessoas que procuraram o serviço de urgência sem necessidades urgentes o fizeram caminhando ou através do SAMU. No estudo de Carret et al. (2009), o meio de transporte mais frequentemente utilizado para ir até o serviço de emergência foi o carro (46,5%), seguido de ônibus (22,5%) e ambulância (12,5%). Os idosos usaram mais ambulância e táxi que os jovens, e estes foram mais vezes a pé, de motocicleta ou bicicleta. Estudos que avaliaram associação entre meio de transporte com uso inadequado dos serviços de urgência encontraram resultados variados, sendo que alguns verificaram associações entre utilização de transporte próprio e outros de transporte coletivos. Isso talvez possa ser explicado pela

variabilidade das características de cada local quanto ao porte da cidade, nível socioeconômico da população, qualidade do transporte coletivo e disponibilidade de serviço de ambulância entre outros (Afilalo et al., 2004; Stein, 2002; Sempere-Selva et al., 2001).

Verificou-se também, no presente estudo, que pessoas que procuraram o serviço de urgência o fizeram por conta própria ou por sugestão de familiar. Estudos realizados nos Estados Unidos da América e Espanha apontaram que indivíduos que utilizaram o serviço de urgência e emergência por conta própria tiveram mais chance de utilizar inadequadamente este serviço que aqueles encaminhados por profissional de saúde ou encaminhados de outros hospitais (Derlet, 2002; Richardson et al., 2002; Aranaz et al., 2006; Sempere-Selva et al., 2001). No caso das crianças e dos idosos, estes consultaram principalmente por sugestão de familiares e amigos. Já os indivíduos com idade entre 35 a 64 anos consultaram principalmente por conta própria.

A partir dos achados do presente estudo, sugere-se a implementação de ações como a melhoria do vínculo com os serviços de atenção básica, maior esclarecimento da população sobre as principais atribuições dos serviços de urgência dentro da rede assistencial à saúde e desvantagens da utilização desses serviços como a principal fonte de cuidados, o encaminhamento dos pacientes não urgentes com doenças crônicas para os serviços de atenção básica para garantia da continuidade no cuidado em saúde, com a finalidade de diminuir o uso inadequado dos serviços de emergência (Stein, 2002; Carret et al., 2007).

CONCLUSÃO

A partir da caracterização dos indivíduos que utilizaram os serviços de urgência sem necessidades urgentes foi possível observar a necessidade de implementação de ações para redirecionar o uso não urgente dos serviços de urgência como a ampliação do acesso e melhoria da relação entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde bem como desenvolver campanhas para educar o público sobre o uso adequado destes serviços.

REFERÊNCIAS*

Guttman MA, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, et al. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med*. 1995; 13(2): 259-264.

Aranaz AJM, Martínez NR, Gea VCMT, Rodrigo BV, Antón GP, Pajares FG. Why do patients use hospital emergency services on their own initiative? *Gac Sanit*. 2006; 20(4): 311-5.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1439-1454.

Brackman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Homl EC, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26(3): 181-7.

Capilheira MF; Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3): 436-43.

Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use BMC health services research. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 31(7):131.

Carret MLV, Fassa AG, Rodrigues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(1): 7-28.

Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(4): 360-9.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Costa, JSM. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med*. 2002; 39 (4): 430-2.

Epi-Info 2007 versão 7. A world processing database, and statistics system for epidemiology microcomputers. 2007.

Fuente DO, Pino JFB, VF Blanco, Alvarez AR. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health* 2006; 17(2): 186–192.

Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract*. 1996; 42(5): 491-6.

Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M. Trauma no idoso. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007; 40(3): 352-37.

Huang JA, Lai CS, Tsai WC, Weng RH, Hu WH, Yang DY. Determining factors of patient satisfaction for frequent users of emergency services in a medical center. *J Chin Med Assoc*. 2004; 67(8): 403-10.

Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006; 48(1): 1-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acesso 2013 nov14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

IPPLAP – Instituto de Pesquisa e planejamento de Piracicaba. [acesso em 2013 nov14]. Disponível em: <http://www.ipplap.com.br>

Kelsey J, Whittemore A, Evans A, Thompson W. *Methods in Observational Epidemiology* 1996. 2ed. New York: Editora Oxford.

LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010; 56(1): 42-8.

Lowe RA, Fu R, Ong ET, McGinnis PB, Fagnan LJ, Vuckovic N, Gallia C. Community characteristics affecting emergency department use by Medicaid enrollees. *Medical Care*. 2009; 47(1): 15-22.

Olivati FN; Brandão GAM; Vasquez FL; Paranhos LR; Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO*. 2010; 14(3): 247-252.

Parreira JG; Vianna AMF; Cardoso GS; Karakhanian WZ; Calil D; Perlingeiro JAG. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(6): 660-4.

Richardson LD, Asplin BR, Lowe RA. Emergency department crowding as a health policy issue: past development, future directions. *Ann Emerg Med*. 2002; 40(4): 388-93.

Richardson LD, Asplin BR, Lowe RA. Emergency department crowding as a health policy issue: past development, future directions. *Ann Emerg Med*. 2002; 40(4): 388-93.

Sandoval E; Smith S; Walter J; Schuman SAH; Oloson MP; Striefler R; Brow S; Hickner J. Comparison of Frequent and Infrequent ED Visitors. *J Emerg Med*. 2010; 38(2): 115-121.

Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW: Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002, 9(9): 916-923.

Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I: Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude,

associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001, 37(6): 568-579.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract.* 2002; 19(2): 207-10.

Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviço de emergência [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc.* 2010; 109(7): 533-42.

Tabela 1: Caracterização da amostra e análise bivariada da associação entre variáveis demográficas para consultas que foram classificadas como urgentes e não urgentes. Piracicaba-SP, 2011.

Variável	Categoria	n	Urgente	Não urgente	Odds ratio	IC 95%	p-valor
1º Nível: Variáveis Demográficas			n(%)	n(%)			
Idade	Menor de 35 anos	264	82 (31,1)	182 (68,9)	4,25	2,75-6,56	<0,0001
	35- 64 anos	352	172 (48,9)	180 (51,1)	2,00	1,34- 3,1	0,001
	65 anos ou mais	140	92 (65,7)	48 (34,3)	Ref		
Sexo	Feminino	394	226 (57,2)	168 (42,8)	Ref		
	Masculino	362	184 (50,8)	178 (49,2)	1,30	0,98-1,73	0,084
Cor da pele	Branco	456	235 (51,5)	221 (48,5)	Ref		
	Não branco	300	175 (58,3)	125 (41,7)	0,75	0,50-1,01	0,0782
Situação conjugal atual	Com parceiro	371	189 (50,9)	182 (49,1)	1,29	0,97-1,73	0,084
	Sem parceiro	385	221 (57,4)	164 (42,6)	Ref		
Tempo de deslocamento até a Unidade de Pronto Atendimento	< 30	661	310(46,9)	351(53,1)	Ref		
	≥30	95	62 (65,3)	33 (34,7)	0,47	0,30-0,73	0,0012

Tabela 2: Caracterização da amostra e análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômicas para consultas que foram classificadas como urgentes e não urgentes. Piracicaba-SP, 2011.

Variável	Categoria	n	Urgente	Não urgente	Odds ratio	IC 95%	p-valor
2º Nível: Variáveis Socioeconômicas			n(%)	n(%)			
Escolaridade	0-4 anos	349	161 (46,1)	88 (53,9)	Ref		
	5- 8 anos	158	94 (59,5)	64 (40,5)	1,24	0,82-1,88	0,3448
	9 ou mais	249	155 (62,2)	194 (37,8)	2,29	1,63-3,20	<0,0001
Renda familiar	A+B+C	296	165(21,8)	131(17,4)	0,90	0,67-1,21	0,5526
	D+E	460	245(32,4)	215(28,4)	Ref		
Bairro onde mora	A+B	236	118(15,6)	118(15,6)	1,28	0,94-174	0,1349
	C+D+E	520	292(38,6)	228 (30,2)	Ref		
Quantas pessoas moram na casa	≥5	700	377 (53,9)	323 (46,1)	Ref		
	< 5	56	33 (58,9)	23 (41,1)	0,81	0,47-1,41	0,5528
Esta trabalhando no momento	Sim	434	162(37,3)	272 (62,7)	Ref		
	Não	322	184 (57,1)	138 (42,9)	0,45	0,33-0,60	<0,0001
Status ocupacional	Trabalhando	426	270 (63,4)	156 (36,6)	Ref		
	Desempregado	219	114 (52)	105 (48)	1,59	1,14-2,21	0,0071
	Aposentado	111	26 (23,4)	85 (76,6)	5,66	3,59-9,16	<0,0001
Turno de trabalho	Manhã/Tarde	363	160(21,1)	203 (26,9)	1,37	1,02-1,84	0,0374
	Noite/Integral	393	250(33)	143(19)	Ref		
Meio de transporte utilizado para chegar à Unidade de Pronto Atendimento	Transporte próprio (Carro/moto)	464	242 (32)	222 (29,4)	Ref		
	Transporte coletivo (Ônibus)	144	27 (3,5%)	117 (15,4%)	0,47	0,30-073	0,0010
	Outros(Caminhando/SAMU)	148	28(3,7%)	120(16%)	4,67	2,97-7,32	<0,0001
Possui Plano de saúde?	Sim	89	57 (64%)	32 (36%)	0,63	0,40-0,10	0,0622
	Não	667	353 (52,9%)	314 (47,1%)	Ref		

Tabela 3: Caracterização da amostra e análise bivariada da associação entre variáveis de autorrelato para consultas que foram classificadas como urgentes e não urgentes. Piracicaba-SP, 2011.

Variável	Categoria	n	Urgente	Não urgente	Odds ratio	IC 95%	p-valor
3º Nível: Variáveis de Autorrelato			n(%)	n(%)			
Estado de saúde	Boa/ Muito Boa	448	266 (59,4)	182 (40,6)	Ref		
	Regular/Ruim	308	144 (46,8)	164 (53,2)	1,66	1,24-2,23	0,0008
Doença crônica	Sim	377	171 (45,4)	206 (54,6)	Ref		
	Não	379	239 (63)	140 (37)	0,52	0,39-0,69	<0,0001
Faz uso de medicamento	Sim	397	181 (45,6)	216 (54,4)	Ref		
	Não	359	229 (63,8)	130 (36,2)	0,51	0,38-0,68	<0,0001
Fumo	Fumante	173	85 (49,1)	88 (50,9)	1,61	1,12-2,32	0,0126
	Não fumante	371	226 (60,9)	145 (39,1)	Ref		
	Ex-fumante	212	99 (46,7)	113 (53,3)	1,78	1,26-2,50	0,0012
Percepção do usuário sobre emergência	Sim	541	217 (40,1)	324 (59,9)	Ref		
	Não	185	168 (90,8)	17 (9,2)	0,07	0,04-0,11	<0,0001
	Não sei	30	25 (83,3)	5 (16,7)	0,13	0,05-0,34	<0,0001

Tabela 4: Caracterização da amostra e análise bivariada da associação entre variáveis de utilização dos serviços para consultas que foram classificadas como urgentes e não urgentes. Piracicaba-SP, 2011.

Variável	Categoria	n	Urgente	Não urgente	Odds ratio	IC 95%	p-valor
4º Nível: Variáveis utilização dos serviços			n(%)	n(%)			
Já foi alguma vez na USF/ UBS	Sim	691	367 (53,1)	324 (46,9)	Ref		
	Não	65	43 (66,2)	22 (33,8)	0,58	0,34-0,99	0,0591
Como considera o atendimento na USF/UBS	Bom/ Muito Bom	332	172 (22,8)	160 (21,2)	Ref		
	Regular/ Ruim	315	162 (21,4)	153 (20,2)	1,01	0,74-1,38	0,9859
	Não sei dizer/quase não utilizo	109	58 (7,7)	51 (6,7)	0,94	0,61-1,45	0,8854
Dificuldade de acesso à atenção básica	Não vejo dificuldade	301	147 (48,8)	154 (51,2)	0,77	0,56-1,06	0,1308
	É difícil/ Muito difícil	327	139 (42,5)	188 (57,5)	Ref		
	Quase não utilizo a USF/ UBS	128	7 (11,7)	53 (88,3)	5,60	2,47-12,6	<0,0001
Quantas vezes consultou nos últimos 6 meses na UPA	<3 vezes	518	288 (55,6)	230 (44,4)	0,84	0,62-1,14	0,3015
	4 vezes ou mais	238	122 (51,3)	116 (48,7)	Ref		
Quantas vezes consultou nos últimos 6 meses na USF/UBS	<3 vezes	569	324 (56,9)	245 (43,1)	Ref		
	4 vezes ou mais	187	86 (46)	101 (54)	1,55	1,11-2,16	0,0116
Já veio antes à UPA ?	Sim	686	383 (55,8)	303 (44,2)	Ref		
	Não	70	27 (38,6)	46 (61,4)	2,15	1,30-3,54	0,0032
Período que procurou a UPA	Manhã	183	96 (52,5)	87 (47,5)	1,09	0,79-1,73	0,6398
	Tarde	573	314 (54,8)	259 (45,2)	Ref		
Local de procura para cuidados de saúde	Serviços públicos	188	114 (15)	74 (9,8)	0,67	0,48-0,94	0,0293
	Serviços públicos + serviços Particulares	258	248 (32,9)	Ref			
	Serviços particulares+farmácia	62	38(5)	24(3,2)	0,65	0,30-1,12	0,1621
Como foi feito o encaminhamento para emergência ?	Conta própria/ familiar	648	271(35,8)	377(50)	Ref		
	Posto de saúde /SAMU/ Empresa	108	76(10)	32(4,2)	0,30	0,19-047	<0,0001
Satisfação com o atendimento na recepção/ acolhimento	Bom/ Ótimo	700	384 (54,9)	316 (45,1)	Ref		
	Razoável/Ruim	56	26 (46,4)	30 (53,6)	1,40	0,81-2,42	0,2807
Satisfação com o atendimento enfermagem	Bom/ Ótimo	686	317 (46,2)	369 (53,8)	Ref		
	Razoável/Ruim	70	41 (58,6)	29 (41,4)	0,60	0,37-1,00	0,0647
Satisfação com o atendimento médico	Bom/ Ótimo	648	341 (52,6)	307 (47,4)	Ref		
	Razoável/ Ruim	108	69 (63,9%)	39 (36,1%)	0,63	0,41-0,96	0,0383

Tabela 5. Análise hierárquica dos indicadores de risco associados à utilização dos serviços de urgência, por usuários não urgentes. Piracicaba (SP), 2012.

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	Estimate (EP)	OR	p-valor	Estimate (EP)	OR	p-valor	Estimate (EP)	OR	p-valor	Estimate (EP)	OR	p-valor
Nível 1												
Idade (anos)												
Menor de 35	0,3465 (0,0505)	1,41	<0,001	0,1217 (0,0608)	1,13	0,0459						
35- 64	0,1685 (0,0483)	1,18	0,0005	0,0135 (0,0544)	1,01	0,8048						
65 ou mais	Ref			Ref								
Nível 2												
Status ocupacional												
Trabalhando				Ref			Ref			Ref		
Desempregado				0,0621 (0,0411)	1,06	0,1315	0,0289 (0,0384)	1,03	0,4524	0,0064 (0,0378)	1,00	0,8652
Aposentado				0,2940 (0,0614)	1,34	<0,001	0,2046 (0,0573)	1,23	0,0004	0,1460 (0,0578)	1,16	0,0117
Meio de transporte												
Próprio				Ref			Ref			Ref		
Ônibus				-0,2942 (0,0440)	0,77	<0,0001	-0,1839 (0,0411)	0,83	<0,0001	-0,1251 (0,0428)	0,88	0,0035
Outros (caminhando/SAMU)				0,1409 (0,0438)	1,15	0,0014	0,1210 (0,0402)	1,13	0,0027	0,1305 (0,0399)	1,14	0,0011
Nível 3												
Doença crônica												
Sim							Ref			Ref		
Não							-0,0705 (0,0346)	0,93	0,0423	-0,0715 (0,0345)	0,93	0,0387

Percepção emergência							
Sim				Ref			
Não	-0,3877 (0,0391)	0,68	<0,0001	-0,3663 (0,0392)	0,69	<0,0001	
Não sei							
	-0,3501 (0,0799)	0,70	<0,001	-0,3330 (0,0794)	0,72	<0,0001	
Duração dos sintomas							
1 dia	-0,1333 (0,0336)	1,14	<0,001				
≤10 dias	Ref						
>10 dias	0,05822 (0,0472)	0,94	0,2173				
Nível 4							
Já foi alguma vez na USF/ UBS ?							
Sim				Ref			
Não				0,1376 (0,0532)	1,15	0,0098	
Encaminhamento emergência							
Conta própria/ familiar				Ref			
Posto de saúde /SAMU/ Empresa				-0,1841 (0,0345)	0,83	<0,0001	
<i>-2 Res Log Likelihood</i>	1058,9	994,98	879,85	866,13			

CAPÍTULO 2: Fatores associados à frequência de utilização de Unidade de Pronto Atendimento em um município de médio porte no interior de São Paulo.

Factors associated with frequency of use of the Emergency Department in a medium-sized city in São Paulo.

Lidiane Souza, Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Fábio Luiz Mialhe*

* Autor para correspondência

Fábio Luiz Mialhe

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Departamento de Odontologia Social

Avenida Limeira 901, Bairro Areão

Piracicaba, SP

13414-903

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores de risco associados ao uso frequente de uma Unidade de Pronto Atendimento.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa a partir de dados secundários de 57784 que utilizaram o serviço de urgência no período de 12 meses. Classificou-se o uso frequente do serviço quando o usuário procurou o serviço para quatro ou mais consultas.

Resultados: A análise de regressão múltipla foi utilizada para avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre a variável dependente. A prevalência de uso inadequado não urgente foi de 81,78%. A variável desfecho “superutilização do serviço” foi associada ao grupo de indivíduos gestantes, crianças, idosos, deficientes físicos e mentais.

Conclusão: Conclui-se que houve elevada prevalência de indivíduos com queixas de caráter não urgente que procuraram por este tipo de serviço e a necessidade dos gestores implementarem ações em todos os níveis da rede de atenção à saúde para diminuir esta demanda.

Palavras-chave: Serviço Médico de Emergência. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objetivo: This study aimed to evaluate the prevalence and risk factors associated with frequent use of an Emergency Unit. **Methodology:** This is a quantitative research based on secondary data from 57784 who used the emergency department within 12 months. We classified the frequent use of the service when the user sought help for four or more visits. **Results:** A multiple regression analysis was used to evaluate the joint effect of independent variables on the dependent variable. The prevalence of non-urgent misuse was 81,78 %.

The outcome variable “overutilization of service” was associated with the group of pregnant individuals, children, elderly, the physically and mentally disabled.

Conclusion: It was concluded that there was a high prevalence of individuals with non-urgent complaints searching for this type of service and the need for

management to implement actions at all levels of the health care network to reduce this demand.

Keywords : Emergency Medical Service. Needs and Demand Health Services

INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são consideradas importante porta de entrada para assistência médica de urgência. Apesar da especificidade destes serviços para atendimento às demandas dos casos de saúde de maior gravidade, observa-se mundialmente, um aumento da utilização destes serviços como porta de entrada ao sistema público de saúde por indivíduos sem necessidades urgentes, e que poderiam ter seus problemas resolvidos na rede de atenção básica à saúde, sobrecarregando os serviços de urgência (Souza et al., 2010; D'wyer et al., 2008; Xu et al., 2009; Milbrett et al., 2009; Oliveira et al., 2008).

Assim, é primordial ao planejamento e gestão do sistema de saúde o conhecimento do padrão de utilização deste tipo de serviços, a fim de se evitar ou diminuir distorções do fluxo de pacientes não urgentes nos serviços de urgência (Capilheira e Santos 2006; Oliveira e Scochi 2002; Travassos, 2004).

Os indivíduos que procuram de maneira frequente os serviços de urgência em determinado período de tempo são conhecidos como “superutilizadores” ou “hiperutilizadores”. Estes pacientes geram mais custos para o sistema de saúde, como também contribuem para superlotação dos serviços envolvidos (Shiber et al., 2009; LaCalle e Rabin et al., 2010).

De acordo com revisão integrativa realizada por Acosta e Lima (2013) que investigou as características dos usuários frequentes dos serviços de urgência, houve crescimento do número de artigos sobre o tema publicado nos últimos anos, e a maioria foi realizada nos Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Grã-Bretanha, com poucos artigos publicados em países em desenvolvimento. Esta tendência pode ser justificada pelo aumento da demanda dos serviços de urgência nas últimas décadas e da consequente superlotação destes serviços mundialmente. As principais características associadas aos usuários frequentes foram grupo etário idoso, baixa escolaridade e apresentação de pelo menos uma condição crônica (Acosta e Lima 2013).

No Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliam estes aspectos em serviços de urgência. Em um estudo realizado em 2011, no Pronto Socorro Público de Pelotas/RS, os autores identificaram que aproximadamente 20% dos indivíduos buscaram por este tipo de serviço com frequência superior a três vezes no período de um ano e 5,9% na mesma frequência, porém, no período de três meses (Carret, 2011).

No estudo de Souza et al. (2010), realizado na região Norte do Estado de São Paulo, foram identificados como principais motivos para a frequente utilização de um serviço de urgência as dificuldades de acesso aos atendimentos nas unidades de atenção primária à saúde, representadas pela demora no atendimento e no agendamento das consultas, e os problemas na acessibilidade organizacional, pelos turnos de funcionamento, tipo de marcação e horário das consultas na atenção básica.

Desta forma, a fim de contribuir para o melhor entendimento desta problemática no Sistema Único de Saúde, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do uso inadequado do serviço e os fatores de risco sociodemográficos associados ao uso frequente de uma Unidade de Pronto Atendimento em um município de médio porte.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização Geral do Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Piracicaba, SP, e no ano de 2010 possuía uma população estimada em 364.872 habitantes (IBGE, 2010).

Em 2012, o sistema de saúde do município contava com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 45 Unidades de Saúde da Família (USF) e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma Central de Ortopedia e Traumatologia (COT), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Em 2007, deu-se início na implantação do Sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas UPA e, até o final de 2012, duas das quatro UPA, que atendiam cerca de 50% de toda a demanda deste tipo de

serviço no município, segundo informações da Secretaria da Saúde, haviam implementado o sistema.

Nelas, empregavam-se as categorias representadas por cor, categorizadas em quatro níveis: (I) vermelho para atendimento imediato, (II) amarelo para mediato, (III) verde para priorização possível e (IV) azul para atendimento por ordem de chegada, e surgiram com o objetivo de priorizar o atendimento do paciente baseado em seu risco, a fim de promover uma assistência humanizada, otimizar o tempo de espera, priorizar os casos de acordo com sua gravidade e ainda garantir atendimento a todos os usuários (Brasil, 2009) .

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Piracicaba, protocolo nº 29229/12 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/Unicamp, protocolo nº 054/12, sendo ambos aprovados.

Amostra

A amostra foi de conveniência, obtida a partir da análise de dados secundários individuais, em que foram incluídos os registros de todos os usuários com idade igual ou maior a 18 anos que procuraram pelos serviços da Unidade de Pronto Atendimento Médico (UPA) “Alfredo José de Castro”, no período de 01 de abril de 2011 a 1º de abril de 2012. A seguinte UPA foi selecionada, pois, apresentava sistema informatizado com avaliação e classificação de risco com dados completos dos usuários para análise.

Critérios de inclusão: todos os usuários que residiam no município de Piracicaba, no período em questão, e com idade igual ou maior que 18 anos, de ambos os sexos, e nos três períodos de funcionamento (manhã, tarde, noite) das UPA acima mencionadas.

Critérios de exclusão: foram excluídos do estudo aqueles que não residiam em Piracicaba no período em questão, não informaram o local de

residência, e aqueles para os quais não foi possível identificar todas as informações propostas nos critérios de inclusão.

Instrumento para coleta dos dados

Os dados secundários foram coletados no sistema informatizado da UPA e que apresentavam informações referentes aos usuários que procuraram por atendimento no período em questão. O sistema apresentava informações referentes às características sociodemográficas dos usuários que procuraram os serviços oferecidos no local, tais como sexo, idade, bairro onde residia, horário em que procurou atendimento (manhã, tarde, noite). Além disso, apresentava a classificação de risco individual atribuído a cada usuário (urgente e não urgente) por prioridade (I- vermelho para atendimento imediato; II - amarelo para mediato; III - verde para priorização possível e IV - azul para atendimento por ordem de chegada).

A partir dos endereços coletados no sistema, os usuários foram classificados segundo os bairros de procedência e respectivos índices de exclusão/inclusão social, dados estes que foram obtidos de documentos do Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). O índice apresenta uma variação numérica entre -1 a 1, e que a classifica em categorias de A (menor exclusão- valores de 0 a 1) a E (maior exclusão- valores de -1 a -0,75).

Os dados dos residentes na zona rural foram excluídos quando da análise dos níveis de exclusão social, pelo fato de não haver esse índice para estas regiões.

Os usuários também foram classificados segundo sua frequência de procura pelos serviços das UPA como 'pouco frequentes' (1 a 3 visitas ao ano) e 'muito frequentes' (4 ou mais visitas ao ano), critérios estes baseados em outros estudos já realizados sobre o tema (Pines, 2011; Oliveira, 2008; Huang, 2008; Blank, 2005).

Forma de análise dos dados

A variável dependente do estudo foi o tipo de usuários em relação à procura pelos serviços (frequentes: > 4 consultas/ano UPA e pouco frequentes:

≤4 consultas/ano UPA). As variáveis independentes analisadas foram características sociodemográficas, tais como sexo e idade (< 35 anos/ 35-64 anos/≥65 anos), condição de prioridade (não priorizado/ priorizado: se gestante, criança, idoso, deficiente físico, transtorno mental/drogadito, etilista) horário de atendimento (manhã, tarde, noite), classificação de risco (urgente/não urgente), e o índice de exclusão social do bairro onde o usuário reside (categorias agrupadas em A+B+C e D+E).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, examinando as frequências e medidas de tendência central. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para a análise bivariada, considerando o nível de significância de 5%. A análise de regressão múltipla foi utilizada para avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre a variável dependente. Nela, foram testadas todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas no programa estatístico SAS 9.2 (SAS, 2009).

RESULTADOS

Em 2011, foram atendidos 62.130 pacientes na UPA “Dr. Alfredo José Castro Neves”. De acordo com avaliação e classificação de risco 874 (1,4 %) foram classificados como vermelho (atendimento imediato), 10.326 (16,6%) como amarelo (urgente - 60 min de espera), 44.515 (71,6%) como verde (pouco urgente - 120 min de espera), 6.300 (10%) como azul (não urgente – 240 min de espera). A prevalência de usuários não urgentes que procurou o serviço da UPA no ano de 2011 (soma das categorias de cores verde e azul) foi de 81,7% (Figura1).

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da análise bivariada do número de consultas no período de 1 ano em função das variáveis estudadas. Observou-se que houve uma amostra proporcional entre homens (50,6%) e mulheres (49,3%) que procuraram pelo serviço, sendo que 44,7% dos usuários tinham idade menor de 35 anos e 42, 7% estavam na faixa etária de 35 a 64 anos. Verificou-se que as variáveis condição de prioridade (gestante, criança, idoso, deficiente) e risco urgente estiveram associadas a maior probabilidade de utilização dos serviços da UPA.

Na análise de regressão múltipla, observou-se que a única variável que permaneceu no modelo foi a condição de prioridade, sendo que os usuários gestantes, crianças, idosos e deficientes estiveram associados a uma maior frequência de utilização do serviço na UPA durante o período de avaliação.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar a prevalência dos usuários que utilizaram um serviço de urgência, sendo que 81,7% deles foram classificados como não urgentes. Estudos realizados em serviços de urgência em outros países também verificaram alta prevalência deste problema. Backman et al. (2008) estimaram que mais de 55% das visitas aos serviços de emergência nos EUA e Europa foram por problemas não urgentes. No Brasil, a prevalência do uso inadequado destes serviços variou de 24,2% no estudo de Carret et al. (2007), a 39% no estudo de Stein (2002).

A alta prevalência do uso inadequado dos serviços de urgência é preocupante, pois aumenta os custos do sistema de saúde, aumenta a demanda dos serviços de urgência com atendimentos que poderiam ter resolutividade em outros níveis de atenção e que de certa forma competem com casos realmente urgentes. As consultas inadequadas nos serviços de urgência suscitam um atendimento em que não se realiza um adequado vínculo do paciente com os profissionais de saúde, nos serviços de urgência os pacientes recebem apenas atendimento para alívio de seus sintomas imediatos sem a garantia de prevenção de complicações e novas doenças (Carret, 2009).

No estudo realizado no departamento de emergência, em Singapura, sobre a efetividade de intervenções para diminuir a demanda de usuários não urgentes em serviços de urgência, foi possível observar que as campanhas de educação pública resultaram em uma queda na proporção de pacientes inadequados que utilizavam os serviços de 67% para 27%. Anantharaman, (2008) considera que as medidas de educação em saúde são necessárias para melhores resultados ao tentar mudar o padrão de utilização inadequada dos serviços de urgência, para tanto os gestores devem promover um acesso mais facilitado a serviços de cuidados primários.

Sobre as características associadas aos usuários frequentes, a análise de regressão múltipla evidenciou que os indivíduos que utilizaram com maior frequência o serviço de urgência foram gestantes, crianças, idosos, deficientes físicos e mentais. De acordo com Brasil (2009), este grupo de indivíduos é priorizado no acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência ao utilizarem o sistema de triagem por prioridade e não por ordem de chegada. Este grupo de indivíduos (gestantes, crianças, idosos e deficientes físicos e mentais) esteve associado a um grupo de indivíduos considerados mais vulneráveis pela sua fragilidade perante outros grupos na sociedade. Desta forma, é importante avaliar os riscos, estando atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega caminhando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2009).

Estudo realizado por Locker et al (2007), na Grã-Bretanha, mostrou que as pessoas que procuraram o serviço de urgência mais de quatro vezes ao ano foram consideradas frequentes. No presente estudo, estas pessoas eram mais velhas do que os usuários casuais e tinham tendência a demonstrar maior utilização de outros serviços de saúde além dos serviços de urgência.

No Brasil, estudos têm descrito que os idosos representam de 11 a 17% dos atendimentos nos serviços de urgência e a busca por atendimento por este grupo vulnerável tem aumentado nos últimos anos (Xu et al., 2009; Olivati et al., 2010; Carret, 2011).

Segundo vários autores, a necessidade de cuidados médicos aumenta com a idade, demandando maior utilização dos serviços de saúde e, por vezes, superutilização dos mesmos pelas agudizações de estados de doenças crônicas ou piora da saúde física e mental (Lacalle e Rabin, 2010; Hunt et al., 2006). Para Mendes (2012), as condições crônicas envolvem deficiências físicas contínuas, ou seja, condições de saúde em que há sofrimento por tempo prolongado que demandam muitas vezes por cuidados de emergência.

Apesar de o presente estudo não ter demonstrado associação estatística entre a variável uso frequente - uso de drogas e álcool e superutilização do serviço, tal fato ocorreu provavelmente pela baixa porcentagem destes usuários na amostra avaliada (0,76%). Em estudos realizados nos Estados Unidos da

América e Canadá, observaram-se percentuais mais elevados deste tipo de usuários, variando de 12% a 38%, e Mehl-madroneira (2008) averiguou que 12,3% dos diagnósticos psiquiátricos de usuários frequentes destes serviços eram relacionados ao abuso de álcool (Byrne et al., 2003; Mehl-madroneira, 2008).

No presente estudo, “estar gestante” foi uma variável associada à utilização frequente do serviço de urgência. No estudo realizado por Cabral e Souza (2008), no município de Olinda-PE, os autores verificaram que as ocorrências atendidas por causas obstétricas, de parto e puerpério, foram a terceira causa clínica mais frequente das nominadas emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Apesar de nosso estudo não ter avaliado as causas pela procura das gestantes aos serviços da UPA, estudos nacionais indicam que é alto o índice de partos de urgência envolvendo gestantes de risco que não realizaram o pré-natal adequadamente, sendo um dos fatores responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade materno-infantil no Brasil (Brasil, 2007).

A utilização frequente dos serviços da UPA, avaliada neste estudo, também esteve associada a consultas pediátricas. Estudos indicam que o fato de as crianças consultarem frequentemente serviços de urgência por causas clínicas pode sinalizar o uso desses serviços em detrimento à Atenção Primária à Saúde, bem como apontar a ausência de outros locais para atendimentos pediátricos nas proximidades da residência (Brasil, 2006; Chatkin, 2000). Em estudo realizado em Londrina-PR, mais de 33% dos pais referiram levar seus filhos à urgência hospitalar por conhecerem mais o serviço e ter confiança nos profissionais. O autor relata que há uma crença por parte dos pais de que os filhos estariam mais bem amparados no serviço de urgência do que na rede básica, por isso, a preferência pelo serviço de urgência, mesmo por problemas que seriam resolvidos em nível básico (Batistela et al., 2008)

Vários motivos são apontados pela literatura nacional, para a procura dos serviços de urgência de forma frequente e inadequada. Dentre eles, observou-se que as pessoas que não realizam cuidados continuados de saúde ou não possuem médico definido são mais prováveis de procurar o serviço de urgência por queixas não urgentes (Stein, 2002; Carret, 2011).

A partir destes achados, ressalta-se a importância do monitoramento da utilização dos serviços de saúde como forma de subsidiar a gestão. Desta forma,

é importante a implementação de programas em serviços de urgência que identifiquem usuários que estão em risco de buscar repetidamente atendimento para traçar as necessidades de saúde de cada um e desenvolver planos individuais de atendimento. E ainda, é necessário que sejam oferecidas condições de suporte social na rede de cuidados, a fim de contribuir para qualificação do atendimento, diminuição da frequência de utilização a partir do fortalecimento de ações preventivas e educativas (Acosta 2012).

CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se que a prevalência do uso inadequado do serviço de urgência foi elevada, sendo que a maior demanda do serviço se deu por casos classificados como não urgentes. Assim, fazem-se necessários os gestores implementarem estratégias em toda a rede de atenção visando a melhoria do cuidado e a diminuição da demanda pela utilização dos serviços de urgência pelos indivíduos com problemas não urgentes.

REFERÊNCIAS*

Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. Rev Eletr Enf 2013; 15(2): 564-73.

Acostas AM. Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos da busca por atendimento. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Anantharaman V. Impact of health care system interventions on emergency department utilization and overcrowding in Singapore. Int J Emerg Med 2008; (1): 11–20.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Batistela S; Guereiro NP; Rossetto EG. Os motivos de procura de Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referido pelos pais ou responsáveis. *Semina. Ciencias Biológicas e da Saúde* 2008; 29(2): 121-130.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(7): 1439-1454.

Blank FSF, H Li; Hememan PL; Smithline HA; Santoro JS; Provost D; Maynard AM. Descriptive Study of Heavy Emergency Department Users at na Academic Emergecnny Department Reveals Heavy ED Users Have Better Access to Care Than Average Users. *J Emerg Nurs* 2005; 31(2): 139-144.

Brackman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Homl EC, Adami J. Characteristcs of non-urgent patients. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26 (2): 181-187.

Brasil, Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2007.

Brasil. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da saúde; 2009.

Brasil. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2006.

Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, et al. Frequent attenders to na emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003; 41(2): 309-318.

Cabral APS; Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 530-40.

Capilheira M.F; Santos IS. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica* 2006; 40(3): 436-443.

Carret M.L.V; Fassa A. G; Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Services Research 2007; 7:131

Carret MLV, Fassa AG, Rodrigues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública 2009; 25(1): 7-28.

Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Scaglia NC, Tonietto RG, Wagner MB, Fritscher CC. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). J Bras Pneumol 2006; 32(4): 277-83.

Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. Ann Emerg Med 2006; 48(1): 1-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. [Acesso 2013 Nov15]

LaCalle E, Rabin E : Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. Ann Emerg Med 2010; 56(1): 42-8.

Mehl-Madrona LE. Prevalence of psychiatric diagnoses among frequent users of rural emergency medical services. Scand J Prim Health Care 2008; 13(1): 22-30.

Locker T. E et al. Defining frequent use of the urban emergency department. Emerg Med J 2007; 24(6): 398-401.

Mendes E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família: Organização Pan-Americana da saúde. Brasília; 2012.

Milbrett P, Halm M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. J Emerg Nurs 2009; 35(3): 191-8.

O'Dwyer G, Matta I.E.A, Pepe V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva 2008; 13(5): 1637-1648.

Olivati FN; Brandão GAM; Vasquez FL; Paranhos LR; Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. RFO 2010; 14(3): 247-252.

Oliveira A. Hiper utilizadores de urgência. Acta Med Port 2008; 21(6): 553-8.

Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência. Cienc Cuid Saude 2002; 1(1): 123-128

Pines JM, Buford K.J .Predictors of frequent emergency department utilization in Southeastern Pennsylvania. Asthma 2006; 43(3): 219-23.

SAS Institute Inc 9.2: SAS/STAT Guide for personal computers. Cary: SAS Institute; 2009.

Shiber JR, Longley MB, Brewer KL. Hyper-use of the ED. Am J Emerg Med 2009; 27(5): 588-94.

Souza M.F, Figueiredo L.A, Pinto I.C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. Cienc Cuid Saude 2010; 9(1):13-20.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. Fam Pract. 2002; 19(2): 207-10.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica 2004; 20(2): 190-198.

Xu KT, Nelson BK, Berk S. The changing profile of patients who used Emergency Department Services in United States: 1996 to 2005. Ann Emerg Med. 2009; 54(6): 805-10.

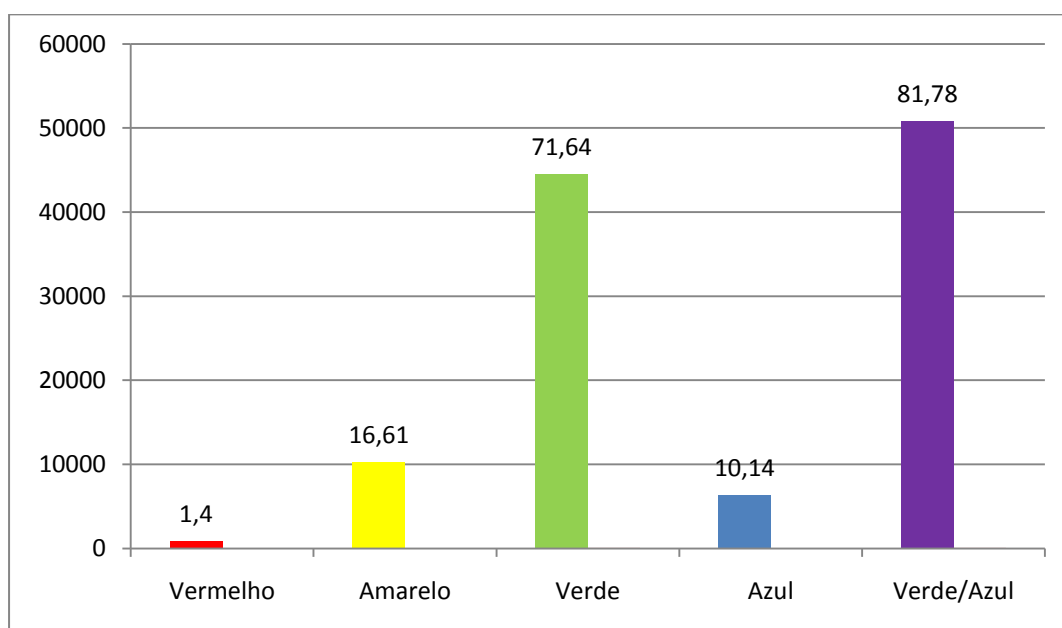


Figura 1: Caracterização dos critérios de risco dos pacientes atendidos na UPA “Dr. Alfredo José Castro Neves” por classificação de risco. Piracicaba, 2011.

Tabela 1: Análise bivariada do número de consultas em função das variáveis estudadas

Variáveis	Categoria	N	≥ 4 Consultas N (%)	< 4 Consultas N (%)	Odds ratio	IC 95%	p-valor
Sexo	M	28513	27399 (96%)	1114 (4%)	1,02	0,93-1,10	0,6560
	F	29271	28102 (96%)	1169 (4%)	Ref		
Idade	Menor de 35 anos	25876	24905 (96,2%)	971 (3,8%)	Ref		
	35- 64 anos	24405	23409 (96%)	996 (4%)	0,91	0,83-1	0,0630
	65 anos ou mais	7503	7187 (95,8%)	316 (4,2%)	0,88	0,77-1	0,0686
Condição de prioridade	Não priorizado	50341	48399 (96,1%)	1942 (3,9%)	Ref		
	Gestante/criança/ Idoso/Deficientes	6990	6668 (95,4%)	322 (4,6%)	0,82	0,73-0,93	0,0024
	Drogadito/Etilista	453	434 (95,8%)	19 (4,2%)	0,91	0,57-1,44	0,7894

Variáveis	Categoria	N	≥ 4 Consultas	< 4 Consultas	Odds ratio	IC 95%	p-valor
			N (%)	N (%)			
Bairro	A + B + C	30191	28990 (96%)	1201 (4%)	0,98	0,90-1,07	0,7427
	D+E	27593	26511 (96%)	1082 (4%)	Ref		
Horário de atendimento	Manhã	20826	19966 (95,9%)	860 (4,1%)	Ref		
	Tarde	19667	18893 (96%)	774 (4%)	1,05	0,95-1,16	0,3222
	Noite	17291	16642 (96,3%)	649 (3,7%)	1,10	0,99-1,22	0,0644
Risco	Urgente	10895	10488 (96,3%)	407 (3,7%)	1,07	0,96-1,20	0,0184
	Não urgente	46889	45013 (96%)	1876 (4%)	Ref		

Tabela 2. Análise de regressão logística múltipla do número de consultas em função das variáveis estudadas.

Variáveis	Categoria	Odds ratio ajustado	IC 95%	p-valor
Condição de prioridade	Não priorizado	Ref		
	Gestante/Criança/Idoso/Deficiente	0,84	0,75-0,95	0,006
	Drogadito/Etilista	0,91	0,57-1,44	0,677

CAPÍTULO 3: Motivações para o uso inadequado de serviços de urgência médica

Motivations for the inappropriate use of emergency medical services

Lidiane Cintia de Souza, Camila da Silva Gonçalo, Luciane Miranda Guerra, Fábio Luiz Mialhe*

* Autor para correspondência

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Departamento de Odontologia Social

Avenida Limeira 901, Bairro Areão

Piracicaba, SP

13414-903

RESUMO

Objetivo: Investigar as motivações para procura dos serviços de urgência por usuários classificados como não urgente em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de um município de médio porte do Estado de São Paulo. **Metodologia:** Os dados qualitativos utilizando a técnica de análise de conteúdo, foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com 756 indivíduos. Destes, 417 (55%) usuários foram classificados com risco não urgentes, estes foram elegíveis para o estudo. **Resultados:** Dentre as motivações para a busca de atendimento nas Unidades de Pronto atendimento, foram detectadas seis categorias principais: falta de infraestrutura do posto de saúde mais próximo; percepção de dor e sintomas de emergência; proximidade casa/trabalho; demora de agendamento e atendimento na Atenção Primária a Saúde; qualidade do atendimento na UPA; hábito. Tais categorias foram agrupadas em quatro eixos temáticos referentes: a) percepção de urgência; b) comodidade; c) dificuldade de acesso; d) qualidade do serviço. **Conclusão:** A partir destes achados foi observado que é preciso fortalecer cada vez mais a atenção básica a fim de garantir acesso facilitado aos usuários e maior resolutividade dos casos que podem ser atendidos neste seguimento em articulação com toda a rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Urgência e emergência. Utilização de serviços de saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Investigate the reasons for the demand for these services by users rated on two non-urgent Emergency Care Units of a medium-sized municipality of São Paulo. **Methodology:** Qualitative data were collected through semi-structured interviews with 756 individuals and of these 417 (55 %) users were classified as non-urgent risk , they were eligible for the study . **Results:** Among the motivations for seeking care in emergency care units, were detected six major categories: lack of infrastructure of the nearest health post, perception of pain and symptoms of emergency, home / work proximity;

takes care of scheduling and PHC, quality of care in the UPA; habit. These categories were grouped into four themes concerning: a) perception of urgency b) convenience c) difficulty of access, d) quality of service.

Conclusion: From these findings it was observed that it takes increasingly strengthen primary care in order to ensure easier access for users and better resolution of cases that can be seen at follow-up in conjunction with the entire network of health care.

Keywords: Urgency and Emergency. Use of health services. Needs and Demand Health Services

INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são serviços estruturados para oferecerem facilidade e rapidez na assistência em saúde (Silva, 2009). Entretanto, pela possibilidade de encontrar atendimento durante 24h na UPA, este serviço muitas vezes considerado como de maior resolutividade quando comparado aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, como importante alternativa de acesso à assistência à saúde, mesmo quando as queixas não são de caráter de urgência (Stein 2002; Silva et al., 2011; Lima, 2007; Backman et al., 2008; Carret, 2011; Alecar, 2005).

Carret et al. (2009) realizaram revisão sistemática sobre a prevalência e os fatores associados ao uso inadequado. Os artigos avaliados foram publicados a partir de 1995. A prevalência do uso inadequado nos serviços de urgência mundialmente variou entre 20 a 40%, e ocorriam mais frequentemente no período diurno. As principais variáveis associadas ao uso inadequado destes serviços foram a dificuldade de acesso aos cuidados primários de saúde, o tempo de espera, o curto horário de funcionamento nos serviços de atenção primária e, principalmente, a ausência de vínculo com o serviço de atenção básica e médico regular.

Bittencourt e Hortale (2009) realizaram no Brasil um estudo de revisão sistemática que avalia a efetividade das intervenções visando solucionar a superlotação nos serviços de emergência. Os estudos apresentaram resultados positivos relacionados ao desempenho organizacional como, por exemplo, a

implantação da unidade de observação dos pacientes internados e aqueles aguardando diagnóstico ou estabilização clínica, implantação de serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferência do paciente, aumento da equipe de enfermagem, implantação do núcleo de enfermagem, instituição de protocolos com indicadores de saturação operacional. Os autores também citaram a necessidade de investimentos em mudanças organizacionais, vinculados ao processo de trabalho e nas estruturas dos serviços; mudanças sociais que envolvam mais ações de promoção em saúde e mudanças culturais que operem na conscientização dos indivíduos para a utilização adequada dos serviços de saúde, com consequente promoção de mudança de comportamento nos mesmos.

Foi identificado por Althaus (2011) que intervenções direcionadas a gerenciamento de casos contribuem para a melhoria nas condições clínicas do paciente e para diminuição do atendimento por usuários frequentes nos serviços de urgência na medida em que se garante a continuidade do cuidado em saúde.

Tais intervenções tiveram por objetivo avaliar a redução do número de atendimentos por usuários frequentes nos serviços de urgência, cujo processo colaborativo de avaliação dos planos de cuidado, implementação, coordenação e acompanhamento dos casos é realizada por uma equipe multidisciplinar para definição de um plano de cuidados para reduzir o uso e os custos dos serviços de emergência, a partir da articulação da rede de atenção à saúde no processo do cuidado ao usuário (Althaus, 2011).

Apesar de a literatura internacional apresentar alguns estudos que avaliam os motivos relatados pelos usuários para a busca por atendimento em serviços de emergência, verifica-se a escassez de estudos nacionais que avaliaram estes aspectos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), especialmente no Estado de São Paulo. A fim de obter subsídios que contribuam para melhorar a resolutividade e a integralidade dos serviços de saúde, o artigo tem como objetivo apresentar as motivações de usuários classificados com necessidade de atendimento não urgente (NU) em duas UPAs situadas em um município de médio porte do Estado de São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo foi resultado de dissertação de mestrado intitulada: Caracterização da demanda dos serviços de saúde em Unidade de Pronto Atendimento, segundo critérios de classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), não há conflitos de interesse envolvidos na mesma.

O estudo foi realizado em duas UPA de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo e constou de uma amostra inicial representativa de 756 usuários, que passaram pelo processo de acolhimento com classificação de risco e pela consulta médica, estes foram convidados pela pesquisadora a participarem da pesquisa.

Neste contexto, buscou-se apresentar e discutir os principais achados qualitativos decorrentes da análise das respostas de uma questão aberta que compôs o instrumento semiestruturado utilizado para a coleta de dados na pesquisa supracitada. Para tanto, foi empregada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo a trajetória proposta por Gomes (2010).

Inicialmente, visando a obtenção de um contato aprofundado com os dados coletados foi realizada a leitura compreensiva e exaustiva das respostas decorrentes da questão norteadora (*Qual motivo levou o Sr. (a) a consultar o serviço de urgência e não a Unidade de Saúde mais próxima da sua casa?*). Nesta etapa, observamos o conjunto do material a fim de apreender suas particularidades e elaborar pressupostos iniciais que posteriormente foram aplicados na análise dos dados. Neste momento também foram determinadas as formas de classificação inicial e os conceitos teóricos que nortearam a análise.

A etapa seguinte compreendeu a análise temática propriamente dita, que foi realizada por meio da distribuição dos trechos escolhidos na fase anterior, e da identificação das ideias explícitas e implícitas. Posteriormente, a identificação de tais ideias, foi realizado o reagrupamento das partes dos textos por temas, seguido da redação por temas, visando contemplar os sentidos dos textos e sua articulação com o(s) conceito(s) teórico(s) que orientaram a análise. Por fim, foi feita a articulação de diálogos entre a fundamentação teórica, as respostas e seus contextos, o objetivo da pergunta norteadora e as ideias presentes nas respostas dos usuários das UPAs investigadas.

Destaca-se que a questão norteadora foi desenvolvida a partir de estudos nacionais e internacionais que investigaram o mesmo tema (Stein, 1998; Backman et al., 2008; Carret, 2011). A fase pré-teste foi realizada com 20 voluntários a fim de verificar a clareza das perguntas, visando a identificação e a eliminação de possíveis problemas com a estruturação, ordem e vocábulo das questões, facilitando a aplicação do instrumento.

Referente aos aspectos éticos o desenvolvimento da pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde - protocolo nº 29229 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino veiculada à pesquisa, protocolo nº 054/2012, seguindo as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para pesquisas em seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 756 usuários entrevistados, 417 (55%) foram classificados pelos profissionais da UPA como “NU” e, estes constituíram o universo de respondentes que foi analisado, o que, aparentemente, representa mais do que o contingente encontrado por Carret et al. (2009), na apuração de dados mundiais, que variaram entre 20 a 40%.

Dentre as motivações para a busca de atendimento nas UPAs, foram detectadas seis categorias principais: falta de infraestrutura do posto de saúde mais próximo; percepção de dor e sintomas de emergência; proximidade casa/trabalho; demora de agendamento e atendimento na APS; qualidade do atendimento na UPA; hábito. Tais categorias foram agrupadas em quatro eixos temáticos referentes: a) percepção de urgência; b) comodidade; c) dificuldade de acesso; d) qualidade do serviço.

Referente ao primeiro eixo temático (percepção de urgência) foi constatado que apenas alguns respondentes foram motivados a buscar atendimento na UPA em função da dor, e outros indivíduos, embora tenham justificado sua presença na UPA argumentando que sua situação era de emergência, não relataram como nem porque chegaram a esta conclusão:

“Por causa da dor”.
(NU 094, Masculino, 57 anos).

“Porque meu caso é de urgência”.

(NU 444, Masculino, 50 anos).

Esses relatos se aproximam dos resultados encontrados por Stein (1998), nos quais o autor ~~que~~ afirma a existência de uma parcela de usuários motivados a procurar atendimento emergencial pela dor ou por sintomas considerados por eles como situações de emergência como, por exemplo, dor abdominal, dor de cabeça, dor nas costas entre outros motivos. No entanto, o mesmo autor relata que após a avaliação médica na UPA foi verificado que apenas 15% dos usuários foram classificados como “emergência” e 46% urgência. Assim, tanto no estudo de Stein quanto na presente pesquisa nota-se que a percepção de emergência da população se mostrou diferente da percepção dos profissionais de saúde da UPA.

Segundo o autor, esta discrepância entre as percepções de urgência e emergência ressalta a necessidade da oferta de uma estratégia de recepção qualificada e eficiente no que tange aos casos que não podem esperar. E ainda, também se faz necessária a orientação da população sobre o discernimento das situações em que de fato a mesma deve buscar atendimento emergencial e sobre as implicações da procura pelo atendimento na UPA quando o caso não é realmente urgente (Carret et al., 2009).

No estudo de Melo e Silva (2011), realizado em Belo Horizonte, os autores afirmam que as equipes de saúde da família devem estar aptas a diagnosticar os sinais de gravidade de um paciente, prestando um atendimento adequado inicial e um encaminhamento responsável que inclui desde o contato com o serviço de urgência até o ponto em que todo o suporte necessário seja oferecido, com acesso garantido na rede referência e contrarreferência.

O segundo eixo temático encontrado (comodidade) apresenta algumas nuances, sendo que as primeiras delas relacionam-se à rapidez para conseguir consulta e passar por ela, bem como a preferência pelo atendimento na UPA pela sua proximidade de localização da casa/trabalho dos usuários. Alguns trechos ilustram estas motivações:

“Porque no pronto socorro é mais rápido o atendimento”.
(NU 060, Feminino, 45 anos).

“Porque no posto tem que agendar, não atende na hora”.
(NU 033, Masculino, 24 anos).

“É mais perto da minha casa”.
(NU 044, Masculino, 20 anos).

Os usuários não urgentes consideram ser mais fácil e mais rápido o acesso aos serviços de saúde ofertados pela UPA do que o acesso destes serviços oferecidos nas unidades de APS. Neste sentido, existem algumas publicações que citam a facilidade de acesso como fator determinante na escolha da busca de atendimento em serviços de saúde (Souza; Figueiredo; Pinto 2010; Agnol; Lima; Ramos; 2009). Sendo assim, observou-se que os usuários quando se sentiram em situação de urgência, encontraram na UPA a solução “mais rápida e fácil” para sua condição.

Outra nuance observada no eixo temático “comodidade” está ligada às noções de rapidez e facilidades de acesso, na medida em que se reconhece a UPA como unidade de saúde mais próxima da casa ou do trabalho do usuário. Assim, percebe-se que a localização é um forte motivo que influencia a escolha mais fácil por parte dos usuários, e, no caso da presente pesquisa, impulsionou a busca direta do atendimento na UPA. Esta situação foi citada em publicações anteriores que ressaltaram a influência da maior distância geográfica do serviço de APS como motivo favorável à procura de serviços médicos mais próximos, no caso, a UPA (Oktay et al., 2003; Selasawati, 2007; Carret, 2011).

Destaca-se que fica claro para os autores do presente artigo, que o critério “distância da APS-UPA”, quando usado exclusivamente como motivo da busca de atendimento médico, relacionou-se com a noção de comodidade (segundo eixo temático). No entanto, a mesma distância associada a outros fatores caracterizou o terceiro eixo temático, denominado “dificuldade de acesso”.

No eixo temático “dificuldade de acesso” à APS foi relatada como “barreiras” de acesso: o horário restrito do funcionamento das unidades de atenção primária e a falta de disponibilidade das consultas médicas, bem como a demora que o usuário enfrenta entre o agendamento da consulta e a data em que a mesma será realizada. Estas situações podem ser ilustradas pelos trechos abaixo citados.

“Porque no posto tem que agendar consulta, eu trabalho, não tenho como
marcar”.
(NU 012, Feminino, 20 anos).

“Porque demora agendar consulta”.
(NU 063, Feminino, 22 anos).

“Porque na UPA resolve melhor, no posto eles enrolam muito e tem esperar a consulta”.
(NU 008, Feminino, 69 anos).

Os usuários consideraram que o agendamento de consulta é demorado nas unidades de APS e por este motivo decidiram buscar assistência no serviço de urgência. O estudo publicado por Souza et al. (2010) corrobora os achados da presente pesquisa, pois, cita ter constatado que as maiores justificativas da procura dos serviços de urgência foram a indisponibilidade de vaga nas agendas das Unidades Básicas de Saúde para consultas médicas e a demora no agendamento.

Segundo Carret (2009), as dificuldades de acesso aos cuidados primários de saúde é um tema que vem sendo estudado há mais de cinco décadas e caracteriza-se por um problema comum em vários países. O autor cita que muitas vezes estas dificuldades representam uma barreira que leva os usuários a buscarem os serviços de urgência em casos considerados não urgentes, como foi verificado no presente artigo.

No estudo realizado por Afilalo (2004), no Canadá, todos os 1.783 pacientes atendidos em uma unidade de emergência médica foram questionados sobre os motivos que os levaram a buscar diretamente o pronto atendimento, sem antes ter procurado pelo serviço de APS. As principais dificuldades apresentadas foram: questões referentes à acessibilidade a partir de relatos de pacientes (população economicamente ativa) que buscaram o serviço de APS e os mesmos estavam fechados nos horários de procura; encaminhamento nos casos que é necessário referenciar para especialidade; a familiaridade com o serviço de emergência por utilizá-lo como porta de entrada; a necessidade: percepção de emergência; a confiança está relacionada à insatisfação com atendimento na APS. Os autores também relataram que uma parte dos pacientes não apresentou motivo algum que justificasse sua ida ao serviço de urgência, e essa situação também foi constatada na presente pesquisa, sendo que vários usuários não responderam, e um deles declarou o seguinte:

“Não sei, venho sempre aqui”.
(NU 040, Feminino, 18 anos).

A falta de médico também aparece como fator motivador importante neste terceiro eixo temático:

“Porque não tem médico no posto de saúde e, quando tem,
demora 4 meses pra conseguir consulta”.
(NU 013, Feminino, 63 anos).

“Porque não tem médico no posto de saúde, está de licença maternidade,
só atende uma vez por semana, 12 consultas e não faz encaixe”.
(NU 223, Feminino, 49 anos).

A falta de médicos na APS apresentou-se como forte motivo para a busca de cuidados de saúde na UPA. Scochi et al. (2008) publicaram achados semelhantes ao pesquisarem o conhecimento e a utilização dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maringá-PR. No estudo dos autores, a maior parte dos usuários relatou a procura da UPA com a finalidade de conseguir uma consulta médica. Além disso, o mesmo estudo cita que a falta de médicos nas unidades de APS foi apontada pelos usuários da UPA como principal recurso ausente naquelas unidades. O cenário encontrado na presente pesquisa se assemelha aos relatos por Scochi et al. (2009) e sugerem que ainda existe no Brasil o predomínio do modelo assistencial biomédico onde o atendimento de saúde está centrado no médico (Filho, 2010).

Além dessa focalização na figura do médico, há que se considerar que há um real déficit no número desses profissionais no SUS, o que tem sido desafiador para a APS. Há uma defasagem observada de 54 mil postos de trabalho médico no Brasil. Embora esse estudo não tenha pesquisado a realidade específica do município de Piracicaba, acredita-se, pelo exposto pelos entrevistados, que tal defasagem também seja observada em Piracicaba.

Nesse sentido, os Programas “*Mais Médicos*” e “*PROVAB*” (Programa de valorização da atenção básica) do Ministério da Saúde, são iniciativas que buscam preencher tais defasagens. Contudo, esses deficits ainda não puderam ser resolvidos, e os resultados do presente estudo ainda não refletem tais programas, uma vez que foram apurados em fase inicial dos mesmos (Brasil, 2014).

Ainda referente ao eixo “dificuldade de acesso”, observam-se os relatos da falta de medicação imediata que os usuários julgam ser necessária na APS e só encontram na UPA, justificando deste modo a preferência pela busca da atenção médica de urgência/emergência. Esta ideia os remete à noção de “falta de infraestrutura” na APS, e é explícita nos trechos que seguem:

“Porque no posto não medicam na hora”.
(NU 161, Masculino, 48 anos).

“Porque no pronto socorro tem medicação na hora e resolvem logo”.
(NU 212, Feminino, 70 anos).

“Porque no posto não tem remédio pra aplicar na hora”.
(NU 228, Feminino, 23 anos).

Além da medicação imediata, os usuários relatam a falta de equipamentos (exemplo: RX) e de condutas/suprimentos (exemplo: aplicação de soro) na APS, motivos que na visão desses indivíduos representam a “falta de infraestrutura” destes serviços. Stein (1998) relatou achado semelhante aos supracitados, pois identificou que as principais motivações para a procura de cuidados oferecidos na UPA são os maiores recursos para resolução de problemas imediatos, e o atendimento rápido (sem consulta marcada), enquanto os postos apresentam uma imagem de que habitualmente estão fechados ou não tem resolutividade.

A discussão sobre acesso a APS induz a uma reflexão sobre a Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo reorientador da atenção primária à saúde no Brasil, já que a mesma, ao organizar-se segundo o princípio da territorialização e adscrição da clientela, deveria estar mais próxima da população, a fim de estabelecer com a mesma vínculo e responsabilização. Apesar da significativa expansão da Estratégia no país, bem como sua relevância no município de Piracicaba – SP, infere-se, que o número de equipes ainda seja insuficiente nesse município e no Brasil, já que parte expressiva dos usuários relaciona dificuldade de acessar a APS.

Um conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive tem sido desenvolvido a fim de se enfrentar esse problema e, efetivamente, viabilizar o acesso a APS para os usuários. Trata-se de vários programas articulados, dentre os quais está a Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2012).

Contudo, a despeito de se ampliar a implantação de Unidades, há que se atentar para os desafios que colocam em risco sua resolutividade, como por exemplo, a integração entre APS e Unidades de Urgência e Emergência.

Nesse sentido, a constituição e implantação das RAU (Redes de Atenção a Urgências), “Saúde toda hora” instituída pela Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011 - cuja finalidade é ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna - tem como um de seus componentes principais a Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde, conferindo a esse componente o objetivo de ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Brasil, 2011).

O quarto eixo temático (qualidade do serviço) refere-se à preferência dos usuários pela UPA em função da percepção de um melhor atendimento oferecido nestas unidades. Esta visão pode ter sido influenciada por experiências pregressas percebidas como negativas e que foram vivenciadas no âmbito da APS. É possível observar estas considerações nos extratos que seguem:

“Porque aqui atende mais rápido e os médicos são mais atenciosos”.
(NU 302, Feminino, 21 anos).

“Porque lá não sou bem atendida como sou aqui”.
(NU 355, Feminino, 58 anos).

“Porque o atendimento é melhor, tem mais pessoas qualificadas”.
(NU 445, Masculino, 22 anos).

Por outro lado, essa visão também pode ser decorrente das práticas e processos hoje implementados nas UPA como consequência do investimento de recursos e esforços oriundos da implantação das RAU. É possível que novos processos de trabalho tenham sido incorporados, já que são diretrizes das RAU, entre outras, a humanização do atendimento, modelo de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado, etc (Brasil, 2011).

Assim, para se averiguar as razões que levam a essa visão sobre o atendimento de urgência ser mais qualificado, uma análise mais aprofundada se faz necessária, inclusive para que se pesquise, antes de mais nada, em que estágio se encontra a implantação da RAU no município de Piracicaba. Isso seria oportuno como continuidade futura do presente estudo.

A agilidade no atendimento nos serviços de urgência é um dos aspectos mais relevantes na avaliação da qualidade dos serviços, já que os usuários que utilizam o serviço consideram o seu problema suficientemente grave. Esperam por isto ser atendidos o mais rapidamente possível de forma a resolver seu problema, conforme observado nos relatos de pacientes neste e em outros estudos que avaliaram a percepção dos usuários sobre qualidade nos serviços de urgência (Cardoso, 2002; Silva, 2009; Silva e Matsuda, 2012)

Porém, independentemente das dificuldades do processo, a humanização dos serviços refere-se principalmente à forma de atendimento e de relação entre os vários profissionais e o doente. Para os entrevistados no presente estudo, a qualidade justifica-se muito mais pelas atitudes dos profissionais (Silva, 2009).

Desta forma, o desempenho relacional dos profissionais de saúde e principalmente dos médicos é um dos aspectos mais importantes para avaliar em qualquer serviço de saúde. Os estudos mostram que os aspectos não técnicos, ou seja, a cortesia, o respeito e a gentileza, são bastante valorizados pelos usuários, traduzindo má qualidade dos serviços, caso não sejam percebidos (Monteiro, 2000; Silva, 2009).

CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos respondentes foi classificada pela equipe de atendimento das UPA como não urgente, fato que caracteriza grande frequência do uso inadequado desses serviços. Dentre as motivações para a busca de atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, os usuários apontaram a baixa resolutividade e eficácia dos serviços de atenção primária. Desta forma, é importante que os gestores invistam na organização dos serviços de saúde primária para que atendam as necessidades dos usuários, garantindo acesso facilitado e promoção de vínculo com as equipes de atenção básica, a fim de diminuir a demanda inadequada para utilização dos serviços de urgência.

REFERÊNCIAS*

Abdallat AM, Al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? Eastern Mediterranean Health Journal 2000; 6(5): 1126-29.

Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004; 11(2): 1302-10.

Agnol D; Lima CM; Ramos MADS. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem 2009; 11(3): 674-80.

Alencar, HHR. Avaliação da resolatividade do serviço de pronto atendimento do centro de saúde lomba do pinheiro da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre. [TCC Especialização]. Porto Alegre: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of Intervention Targetins Frequent Users of Emergency Department: a systematic review. Ann Emerg Med 2011; 58(1): 41-52.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (7): 1439-1454.

Brackman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Homl EC, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. Scand J Prim Health Care 2008; 26: 181-187.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. [acesso 2013 jan10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>.

Cardoso, FM. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência – satisfação dos utentes. [Dissertação] Faculdade de Enfermagem da Universidade de Coimbra Portugal; 2002.

Carret MLV, Fassa AG, Rodriges MR. Inappropriate use of emergency services:a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública 2009; 25(1): 7-28.

Carret, MLV, Fassa, AG; Paniz, V. MV; Soares, PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciên. saúde coletiva 2011; 16(1): 1069-1079.

Filho, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo Cad. Saúde Pública 2010; 40(12): 2234-2249.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) (2010) [acesso 2013 out23]. Disponível em: URL: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil>.

Gomes R; Deslandes, SF; Cruz NO; Gomes, R.; Minayo, MCS. (org.). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acesso 2013 out23]. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>

Lima MADS, Marques GQ. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(1): 13-9.

Melo, MCB; Silva, NLC. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.p.132.

Monteiro, AS. Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes.[Dissertação]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra Portugal; 2000.

Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. Croat Med J. 2003; 44(5): 585-91.

Scochi, MJ; Mathias, TAF, Souza, RKT, Gazola, S; Tavares, CRG Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10(2): 347-343.

Selasawati HG, Naing L, Aasim WA, Winn T, Rusli BN. Factors Associated with Inappropriate Utilisation of Emergency Department Services. Asia Pac J Saude Publica 2007; 19(2): 29-36.

Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência. Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem): 121-128.

Silva, ACM. A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores. [Dissertação]. Universidade de Aveiro Portugal; 2009.

Silva, ZP, Ribeiro, MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Ciên. saúde coletiva 2011; 16(9): 3807-3816.

Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. Cienc Cuid Saude 2010; 9(1): 13-20.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19(2): 207-10.

Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviço de emergência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com esta pesquisa foram evidenciados os problemas decorrentes da utilização inadequada dos serviços de saúde em Unidade de Pronto Atendimento nos casos não urgentes e de superutilização, verificou-se que o uso inadequado pode ser desencadeado por vários fatores, desde a baixa resolutividade da atenção primária, desarticulação entre os níveis de assistência, insuficiência estrutural, gerencial e funcional dos serviços. Desta forma é fundamental a identificação do perfil destes usuários para que os gestores realizem o planejamento das ações em saúde, buscando a qualificação das práticas profissionais, bem como a participação popular nas políticas de saúde.

REFERÊNCIAS*

Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003; 117(4): 250-5.

Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York city: a substitute for primary care? *The Commonwealth Fund* 2000: 112 (5): 1-6.

Brasil. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da saúde; 2009.

Braun T, Castrillo-Riesgo LG, Krafft K, Vilches GD. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos 2002. *Gac Sanit*; 2002; 16 (2): 139-144.

Brousseau DC, Bergholte J, Gorelick MH. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(1):78-82.

Capilheira MF; Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006;40(3):436-43.

Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use *BMC health services research* 2007; 7:131.

Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002;39(4):430-2.

Guohua L; Lau JT; McCarthy BML, Schull MJ; Vermeulen M, MHS, Kelen GD. Emergency Department Utilization in the United States and Ontario, Canada. *Acad emerg Med* 2007;14(6):582–584.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Hansagi H, Olsson M, Sjoberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 5617.

Mendoza-Sassi R; Béria JU. Utilización delos servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):819-832.

Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Urgencias clinicas. Comportamiento según su gravedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):329-35.

Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I: Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons- an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37(6):568-579.

Silva, ZP, Ribeiro, MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciê. Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3807-3816.

Siqueira FV; Fachini LA; Piccini RX; Tomasi E; Thumé E; Silveira DS; Vieira V; Hallal PC. Quedas em idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):749-56.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002;19(2):207-10.

Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviço de emergência [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO- ENTREVISTA

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Masc () Fem

Bairro: _____ USF/UBS

Já veio antes na UPA () Sim () Não Período da entrevista: () Manhã () Tarde
() Noite

Classificação de risco: () urgente) () não urgente

1. **Escolaridade:** () Não alfabetizado () Alfabetizado () Fundamental incompleto ()
Fundamental completo

() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo
() Ensino superior incompleto

2. **Etnia:**() branco () negro () pardo () amarelo () indígena

3. **Qual a sua renda familiar atual?**

a.() até 1SM (até R\$ 622,00)

b.() 1 a 2SM (R\$ 622-1244,00)

c.() 2 a 3SM (1244,00-1866,00)

d.() 3 a 4SM (1866,00-2488,00)

e.() 4 a 5SM (2488,00-3110,00)

f.() acima de 5SM (+ de R\$ 3110,00)

4. **Estado civil:**() Casado(a) () Viúvo(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Outro

5. **Quantas pessoas moram na casa:**

6. **O Sr.(a) está trabalhando no momento?** () Sim () Não

a.() carteira assinada b.() autônomo-
especificar _____

c.() Desempregado d.() Aposentado

e.() Outra situação
especificar _____

7. **Qual a sua ocupação?**

8. **Qual seu turno de trabalho?** () Manhã () Tarde () Noite

9. Possui plano de saúde? () Sim () Não

10. Qual local que o Sr. (a) vai quando está doente ou precisa de cuidados médicos?

a.() Posto de saúde (USF/UBS)

b.() Pronto socorro

c.() Hospital

d.() Farmácia

e.() Clínica particular

12. Qual motivo levou o Sr.(a) a consultar o Serviço de emergência e não a UBS/USF mais próxima a sua casa?
Porquê? _____

13. Na sua opinião, você considera seu caso como emergência

() sim () não () não sei

Porquê _____

14. A quantos dias você está apresentando esse sintoma?

15. Quem lhe encaminhou para o serviço de emergência?

a. () Conta própria b. () Médico c. () Posto de saúde.

d.() Familiar e. () Hospital f. SAMU/ ambulância

() Outros _____

16. Quanto tempo você demorou para se deslocar até o serviço de emergência?

a.() < 15 min b.() 15-30 min c.() 30-60 min d.() >60min

17. Qual o meio de transporte que o Sr.(a) utilizou até a emergência?

a.() carro b. () moto c.() moto taxi d.() ônibus e.() andando f.() bicicleta g. () outro

18. Quão difícil você acha para ter acesso a atendimento médico na USF/UBS próximo a sua casa quando você precisa?

a.() não vejo dificuldade de conseguir atendimento quando preciso

b.() é difícil ter a atendimento

c.() é muito difícil eu conseguir atendimento

d.() não utilizo a UBS ou USF

e.()outro_____

19. Quantas vezes o Sr.(a) consultou o médico nos últimos 6 meses na UPA? Qual motivo?

a.() 1 vez b.() 2 vezes c.() 3 vezes d.() 4 vezes ou mais e.() não lembro

20. Quantas vezes o Sr.(a) consultou o médico nos últimos 6 meses na USF? Qual motivo?

a.() 1 vez b.() 2 vezes c.() 3 vezes d.() 4 vezes ou mais e.() não lembro

21. Comparando o Sr.(a) com uma pessoa da sua idade o Sr(a) acha que sua saúde é:

a.() Muito boa b.() Boa c.() Mais ou menos d.() Ruim

22. Possui alguma doença crônica? () não () sim Qual(is)?

() Hipertensão () Diabetes () Problema Cardíaco () Bronquite () Asma () Rinite

() outros _____

23. Toma algum tipo de medicamento? () Sim () Não Qual/ Para quê?

24. O Sr. (a) Fuma atualmente? E no passado o Sr.(a) fumava? () Fumo () Não fumo () Fumava () Não fumava () NQR

25. O que achou do atendimento prestado pela recepção? () Bom () Ótimo () Ruim () precisa melhorar

26. O que achou do atendimento prestado pela equipe de enfermagem? () excelente () bom () razoável () ruim () pode melhorar

27. O que achou do atendimento prestado pelo médico? () excelente () bom () razoável () ruim () pode melhorar () ainda não fui atendido

28. O que o Sr(a) Acha que poderia melhorar no serviço de emergência?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: “Caracterização da demanda dos serviços de saúde em Unidades de Pronto Atendimento segundo critérios de classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização”. As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof. Dr. Fábio Luis Mialhe e aluna de pós-graduação, Lidiane Cintia de Souza, (mestrado), para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a sua participação, com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser.

JUSTIFICATIVA

Estudos para conhecer o perfil de usuários de emergência são de extrema importância a fim de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde e qualificação dos serviços de urgência e emergência, trazendo benefícios para toda população.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é delinear o perfil dos usuários de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município de Piracicaba-SP, baseado nos critérios de classificação de risco, e em seus contextos socioeconômicos e geográficos, relacionando as principais queixas que levam os usuários aos serviços de urgência e emergência.

METODOLOGIA

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você ou seu responsável legal será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário com questões socioeconômicas, comportamentais, demográficas.

Para participar da pesquisa, você responderá a um questionário simples sobre sua saúde, prevenção em saúde, escolaridade, moradia, renda.

As respostas ficarão sobre a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO CONTROLE/PLACEBO

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

DESCRIÇÃO CRÍTICA DOS DESCONFORTOS E RISCOS PREVISÍVEIS

Você passará por uma entrevista, realizado em local separado e utilizando um questionário para coleta de informações. O instrumental apresenta perguntas abertas e fechadas. Esta entrevista será realizada em sala separada onde se realiza o acolhimento, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS DIRETAS AO VOLUNTÁRIO

Como benefício, o paciente receberá folhetos informativos sobre a função de cada serviço de atenção à saúde (primário, secundário, terciário). Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA AO SUJEITO

A pesquisadora responsável acompanhará você e dará assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

FORMA DE CONTATO COM A PESQUISADORA E COM O CEP

Para entrar em contato com a pesquisadora:

Lidiane Cintia de Souza; fone: (19) 8825-7954 e-mail: lidisouza7@gmail.com

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903,

Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp.br/cep.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

GARANTIA DE RECUSA À PARTICIPAÇÃO OU SAÍDA DO ESTUDO

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

GARANTIA DE SIGILO

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para consulta, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO E/OU REPARAÇÃO DE DANOS

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Consentimento:

Eu, _____

RG nº _____ certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pela pós-graduanda Lidiane Cíntia de Souza, pesquisadora responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Caracterização da demanda dos serviços de saúde em Unidades de Pronto Atendimento segundo critérios de classificação de risco, características sociodemográficas e uso frequente". E recebi uma cópia desse documento.

Piracicaba, _____ de _____ de 2012.

Nome: _____ C.I. _____

Assinatura: _____ A

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO 3

CARTA DE AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo - Brasil

Ofício SEMS/0192/12

SEMS
Protocolo nº 29.009
29/02/2012

Piracicaba, 28 de fevereiro de 2012.

Prezado Senhor,

Fica, pelo presente, autorizado o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa "Caracterização de demanda dos serviços de saúde em Unidades de Pronto Atendimento segundo critérios de classificação de risco, características sociodemográficas e uso frequente", junto as Unidades de Pronto Atendimento desta Secretaria Municipal de Saúde, pela beneficiária Lidiane Cíntia de Souza, aluna dessa instituição.

Solicitamos entrar em contato com o Dr. Deives Dias de Oliveira, Coordenador Técnico das Unidades de Urgência e Emergência desta Secretaria.

Atenciosamente,


Dr. Fernando Ernesto Cárdenas
Secretário Municipal de Saúde

Exmo Sr.
Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe
D.D. Pesquisador
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FOP/UNICAMP

CENTRO CÍVICO
Rua Antonio Corrêa Barbosa, 2.233 - 8º andar - CEP: 13.400-900
Tel: (19) 3403-1210

ANEXO 4

CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FOP/UNICAMP

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO		
O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Caracterização da demanda dos serviços de saúde em Unidades de Pronto Atendimento segundo critérios de classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização", protocolo nº 054/2012, dos pesquisadores Lidiane Cíntia de Souza e Fábio Luiz Mialhe, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 24/07/2012. The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Characterization of the demand for health services at Emergency Service criteria for risk classification, sociodemographic characteristics and overuse", register number 054/2012, of Lidiane Cíntia de Souza and Fábio Luiz Mialhe, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 07/24/2012.		
 Prof. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta Secretária CEP/FOP/UNICAMP	 Prof. Dr. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.		

ANEXO 5

[Physis] Agradecimento pela Submissão



Entrada x



Kenneth Rochel de Camargo Jr <suporte.aplicacao@fapesp.br>

13 de jan



para mim ▾

Sra Lidianne Cintia de Souza,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Motivações para o uso inadequado de serviços de urgência médica Urgência e emergência; Utilização de serviços de saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde." para **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/physis/author/submission/129067>

Login: lidisouza

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.
