

---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**ESTUDO DOS CRITÉRIOS DETERMINANTES DE PROCURA PELO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA, POR PACIENTES CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES E NÃO URGENTES, EM UM HOSPITAL GERAL DO SUL DO BRASIL****STUDY OF THE DETERMINANT CRITERIA FOR THE SEARCH FOR THE EMERGENCY DEPARTMENT BY PATIENTS CLASSIFIED AS LITTLE URGENT AND NOT URGENT, IN A GENERAL HOSPITAL OF THE SOUTH OF BRAZIL**

Lilian Santos Borges<sup>1</sup>  
Paulo Fontoura Freitas<sup>2</sup>  
Giovanna Grunewald Vietta<sup>3</sup>  
Kleiton Rosa Borges<sup>4</sup>  
Nazare Otilia Nazario<sup>5</sup>

**RESUMO**

Avaliar as características da demanda e os determinantes de procura pelo SE por pacientes classificados como pouco urgentes e não-urgentemente em hospital geral, Sul do Brasil. Estudo epidemiológico, transversal. A coleta de dados foi realizada por entrevista, com duração aproximada de 15 minutos, em 2017, por pesquisadores treinados. Desfecho do estudo: determinantes de procura. Variáveis independentes: demográficas, socioeconômicas e características gerais de procura. Também coletou-se dados sobre a auto percepção do paciente (urgência e preocupação) e escolha do local para atendimento (Escala Likert 0-10). Os dados qualitativos apresentados na forma de frequências simples e relativa, os quantitativos como média e desvio padrão. Foram analisadas associações entre variáveis independentes e o desfecho, através do teste qui-quadrado de Pearson, seguido de Razão de Prevalência e Intervalo Confiança 95%. Participaram do estudo 290 pacientes: 50 (17%) pouco urgentes e 240 (83,0%) não urgentes, sexo feminino (57,2%), faixa etária entre 15-29 anos (39,0%), sem companheiro (51,0%), ensino superior/médio (69,3%), em atividade ocupacional (61,2%). Sobre características gerais da demanda: 77,9% oriundos de suas residências e 39,3% utilizou veículo próprio para o deslocamento. Distância média deslocamento (12,47±15,8 Km) e tempo médio deslocamento (25,98±23,55 minutos). Tempo médio triagem (17,69min.±15,36) e de espera atendimento médico (1h13min±1h10min). Não houve associação com significância estatística

---

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: liliansantos\_14@hotmail.com

<sup>2</sup>Médico, Doutor em Epidemiologia; Professor do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas (PPGCM) da UFSC. Professor do Curso de Medicina da UNISUL, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pfreitas.epidemi@gmail.com

<sup>3</sup>Doutora em Ciência da Saúde; Núcleo de Epidemiologia da Unisul Pedra Branca. E-mail: ggvieta@gmail.com

<sup>4</sup>Graduado em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina

<sup>5</sup>Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade; Professora do Curso de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da UNISUL, Santa Catarina, Brasil. E-mail: nazare.nazario@unisul.br

entre características demográficas, socioeconômicas e motivos de procura pelo SE. Conclui-se que os critérios determinantes de procura pelo SE foram resolutividade (40,9%) e funcionamento inadequado das UBS (24,7%), seguidos de procura por especialista e agudização da doença crônica.

**Descritores:** Unidade básica à Saúde. Serviço de emergência. Pacientes pouco urgentes e não urgentes.

## ABSTRACT

To evaluate the demand and the determinants of the search for the Emergency service by patients classified as not very urgent and not-urgent in a general hospital, South of Brazil. Cross epidemiological study. Data collect was performed by interview, with an approximated duration of 15 minutes, in 2017, by trained researchers. Study outcome: Search determinants. Independent variables: demographic, socioeconomic and general demand characteristics. It was also collected data on the patient self-perception (urgency and concern) and the choice of the medical care (Likert Scale 0-10). The qualitative data presented by simple and relative way frequencies, the quantitative ones as average and standard deviation. Associations between independent variables and the outcome were analyzed using Pearson's chi-square test, followed by a Prevalence Ratio and 95% Confidence Interval. The study included 290 patients: 50 (17%) were not very urgent and 240 (83.0%) female not-urgent were (57.2%), 15-29 years old (39.0%), without partner (51.0%), higher /college degree (69.3%) in occupational activity (61.2%). On general demand characteristics: 77.9% come from their homes and 39.3% used their own vehicle for the trip. Average displacement distance ( $12.47 \pm 15.8$  Km) and average displacement time ( $25.98 \pm 23.55$  minutes). Average screening time ( $17.69\text{min} \pm 15.36$ ) and waiting for medical care ( $1\text{h}13\text{min} \pm 1\text{h}10\text{min}$ ). There was no association with statistical significance between demographic, socioeconomic and reasons for Emergency Service search. The determinant criteria of the search for ES were resolutiveness (40.9%) and inadequate working of the BHU (24.7%), followed by specialist search and chronic disease exacerbation.

**Keywords:** Basic unit to Health. Emergency service. Patient not very urgent and not urgent.

## INTRODUÇÃO

A assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizada em níveis de atenção (básica, média e alta complexidade) visando a melhor programação e planejamento das ações e serviços de saúde<sup>1</sup>. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento, que têm como metas ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde; resolver os problemas mais comuns dos usuários do sistema de saúde, objetivando reduzir filas do atendimento de média e alta complexidade, contribuindo com a redução da morbimortalidade<sup>2</sup>. Entretanto, tradicionalmente as UBS são entendidas como o lugar em que se realiza atendimento agendado, com horários curtos e rígidos, funcionamento lento, burocratizado e pouco eficiente.

Quando comparados às UBS os serviços de urgência/emergência hospitalares atualmente prestam atendimento imediato e provisório às situações que não são resolvidas em outros níveis assistenciais, sendo compreendido como acesso fácil e garantido, com alta tecnologia, acolhimento dos pacientes em urgência ou não, além daqueles que não foram atendidos na atenção básica e especializada, como as urgências sociais<sup>3</sup>. Na demanda de um Serviço de Emergência (SE) são identificados usuários que desconhecem o funcionamento das UBS e o seu verdadeiro significado. A procura exagerada neste serviço traz implicações negativas para a assistência no local, associada à falta de espaço físico, sobrecarregando a equipe e os demais serviços de apoio, além de tornar esta porta de entrada ao sistema de saúde para pacientes sem acesso à atenção primária<sup>4</sup>.

Nas últimas décadas, o uso frequente do SE, por pacientes pouco urgentes e não urgentes, tem sido tema de grande discussão e preocupação em diversos países<sup>1</sup>, no Brasil tem ocasionado um sério problema para o SUS<sup>5</sup>. De acordo com Mendes<sup>6</sup>, o aumento da demanda por tais serviços é percebido mundialmente, o que acaba pressionando as estruturas e os profissionais de saúde, além de estar entre as principais causas de insatisfação da população que utiliza os sistemas de atenção à saúde. Os aspectos relativos ao crescimento da demanda e a insatisfação dos usuários estão diretamente relacionados à superlotação das unidades de urgência/emergência hospitalar, fato este que demonstra as fragilidades da regionalização da assistência, proposta pelo SUS<sup>7</sup>.

Nos Estados Unidos da América, foi identificado que a frequente procura por este serviço contribui para superlotação e gastos desnecessários ao sistema de saúde<sup>8,9</sup>. No Brasil, os pacientes utilizam os prontos-socorros para a solução dos mais diversos problemas. Acosta e Lima<sup>10</sup> citam a tecnologia, a resolutividade, a agilidade, as condições de acesso, além dos motivos socioeconômicos como responsáveis pela frequente utilização do SE no Brasil.

A busca crescente no SE tem contribuído para repensar as políticas e as estratégias de atendimento. A adoção de protocolos tem sido capaz de priorizar atendimentos, diminuindo riscos e tempo de espera. O Sistema de Triagem Manchester (STM) é uma ferramenta simplificada e clara, internacionalmente usada para priorizar o atendimento dos usuários que buscam atendimento no SE; é composto por algoritmos com cinco níveis de urgência que variam de emergência, avaliação imediata à não urgente<sup>11</sup>. Atualmente, no Brasil, o Ministério da Saúde tenta padronizar o processo de acolhimento e classificação de risco. Neste sentido, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina criou o Sistema Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, em 2014. O Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, de São José-SC, aderiu a esta classificação; utilizando na emergência o cadastro inicial do paciente, que

é acolhido, relatando suas queixas, aferindo-se os seus sinais vitais e se estabelecendo a prioridade do atendimento, conforme o STM<sup>12</sup>.

Diversos são os estudos<sup>1,13-15</sup> que utilizam dados secundários para conhecer o perfil dos pacientes e os motivos de procura pelos SE no Brasil. Diferente da maioria dos estudos, que recorre a base de dados, em detrimento de ouvir os pacientes, este estudo utilizou dados primários de pacientes, classificados como pouco urgente e não urgentes, coletados de forma padronizada. Considerando que o conhecimento do perfil de utilização de serviços de saúde possa trazer subsídios para respostas mais efetivas às necessidades de saúde da população, bem como contribuir para o avanço e o fortalecimento do sistema de saúde, o presente estudo teve por objetivo avaliar as características da demanda e conhecer os determinantes de procura pelo SE por pacientes classificados como pouco urgentes e não-urgentemente em um hospital geral do Sul do Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, descritivo e analítico, realizado na emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, que é referência no atendimento à grande Florianópolis nas diversas especialidades. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob registro CAAE número 61716616.2.0000.5369. Foi solicitado ao entrevistado consentimento verbal e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização da entrevista. O sigilo das informações e o direito de recusa em participar foram garantidos aos participantes.

Para definir a população do estudo, uma amostra de 290 indivíduos, proporcional ao tamanho do conglomerado, classificados como pouco urgentes e não urgentes, foi calculada, com base nos atendimentos do referido serviço de 12.000/mês, no Open Epi 3.0120 - *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*<sup>16</sup>, como suficiente para detectar com 95% de confiança e 80% de poder, com prevalência de 20% de urgência, tendo como parâmetros os motivos esperados de busca por atendimento no serviço de emergência. Os pacientes que tiveram alteração da classificação de risco foram excluídos do estudo, além daqueles portadores de dificuldades de comunicação, não decorrentes do problema de saúde que os levava a procura do SE. Não houve recusa ao consentimento informado.

Foram considerados urgentes e não urgentes os indivíduos classificados nos níveis 4 e 5 do Sistema de Triagem Manchester que classifica o paciente como: nível 1 – emergência, avaliação imediata; nível 2 – muito urgente, avaliação em 10 minutos; nível 3 – urgência,

avaliação em 60 minutos; nível 4 – pouco urgente, avaliação em 120 minutos e nível 5 – não urgente, avaliação em 240 minutos<sup>11</sup>.

A coleta de dados foi realizada por entrevista, com duração aproximada de 15 minutos, no mês de fevereiro de 2017, por pesquisadores treinados. O roteiro para a entrevista foi elaborado pelos autores do estudo e possibilitou coletar dados demográficos, sócioeconômicos, de demanda do SE, triagem, atendimento, destino e, finalmente, sobre a auto percepção do paciente.

A variável dependente do estudo denominou-se “determinantes de procura” (funcionamento inadequado da UBS, procura por especialista, resolutividade e agudização da doença crônica).

Entre as variáveis independentes foram analisadas as demográficas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (15-29, 30-44, 45-59, >60), status conjugal (com companheiro, sem companheiro) e as sócioeconômicas: escolaridade (ensino superior/médio, fundamental/analfabeto), status ocupacional (ativo, desempregado, aposentado, estudante).

Quanto as variáveis relacionadas as características gerais da demanda ao SE, foram coletadas: classificação de risco (pouco urgente e não urgente), origem (residência, hospital, transferência UBS, serviços), meio de transporte utilizado para chegar à emergência (veículo próprio, a pé, transporte público, trazido por amigo, taxi), tempo para chegar à emergência (em minutos); distância (em Km); discriminador clínico (clínica médica; cirurgia; ortopedia), tempo de triagem (minutos), tempo de espera por atendimento médico (minutos), destino (alta médica, alta a pedido, internação, transferência, óbito).

Finalmente, dados sobre a auto percepção dos pacientes (urgência e preocupação) e escolha do local para o atendimento, foram coletados a partir da Escala de Likert 0-10.

Os dados foram tabulados no software Windows Excel e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Version 18.0. [Computer program]*. Chicago: SPSS Inc; 2009, para a análise estatística. Os dados qualitativos estão apresentados na forma de frequências simples e relativa; os dados quantitativos como média e desvio padrão, acompanhados da amplitude. Foram analisadas associações entre as variáveis independentes e as variáveis desfecho, através do teste do qui-quadrado de Pearson, seguido de Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança 95%. As diferenças com um valor  $p \leq 0,05$  foram consideradas estatisticamente significativas. As variáveis sobre a percepção do paciente a respeito de sua preocupação com estado de saúde, urgência e escolha do local para atendimento são apresentadas como média e desvio padrão.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 290 pacientes, sendo 50 (17%) triados como pouco urgentes e 240 (83,0%) como não urgentes. Na percepção dos pacientes, estes estão buscando o local correto para atendimento, preocupam-se com sua condição e identificam urgência em sua situação de saúde, com valores médios da escala de Likert de  $8,7 \pm 1,6$  -  $8,8 \pm 1,7$  e  $8,2 \pm 1,9$ , respectivamente. Sobre o destino final dos pacientes: 91,7% receberam alta, 6,2% evadiram-se e 1,7% foram internados. O discriminador clínico de admissão no SE foi de 62,1% para atendimento na clínica médica, 27,2% na ortopedia e 9,7% na cirurgia.

A caracterização demográfica e socioeconômica dos participantes do estudo encontra-se descrita na Tabela 1. Entre os participantes, 57,2% era do sexo feminino, 39,0% encontrava-se na faixa etária entre 15-29 anos, 51,0% sem companheiro, 69,3% com ensino superior/médio e 61,2% em atividade ocupacional.

**Tabela 1- Caracterização demográfica e socioeconômica da população.**

### VARIÁVEIS

	n	%
<b>Sexo (n=290)</b>		
Feminino	166	57,2
Masculino	124	42,8
<b>Faixa etária (n=290)</b>		
15-29	113	39,0
30-44	84	29,0
45-59	60	20,7
≥60	33	11,3
<b>Status conjugal (n=290)</b>		
Com companheiro	142	49,0
Sem companheiro	148	51,0
<b>Escolaridade (n=290)</b>		
Ensino Superior/Médio	201	69,3
Fundamental/analfabeto	89	30,7
<b>Status ocupacional (n=289)</b>		
Ativo	195	67,4
Desempregado	49	17,0
Aposentado	30	10,4
Estudante	15	5,2

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Sobre características gerais da demanda observou-se que 77,9% dos participantes do estudo são oriundos de suas residências e 39,3% utilizou veículo próprio para o deslocamento. A distância média de deslocamento foi de 12,47±15,8 Km (mínimo 1 e máxima 200) e o tempo médio de deslocamento foi de 25,98±23,55 minutos (mínima 5 e máxima 210). O tempo médio de triagem foi de 17,69min.±15,36 (entre 2 minutos até 2 horas e 50 minutos) e o tempo médio de espera para ser atendido pelo médico foi de 1h13min±1h10min (até 1 hora, 55,5%; mais de 1 hora, 44,5%).

Os principais motivos de procura pelo SE, referidos pelos pacientes, foram resolatividade (40,9%) e funcionamento inadequado das UBS (24,7%), seguidos de procura por especialista e agudização da doença crônica (Tabela 2).

**Tabela 2 – Motivos de procura pelo serviço de emergência.**

**VARIÁVEIS (N=259)**

	n	%
Funcionamento inadequado da UBS	64	24,7
Procura por especialista	52	20,1
Resolutividade	106	40,9
Agudização doença crônica	37	14,3

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

A associação entre as características demográficas e socioeconômicas e motivos de procura pelo SE não mostrou significância estatística (Tabela 3).

**Tabela 3 - Associação entre as características sócio demográficas e os motivos de procura pelo Serviço de Emergência.**

	Funcionamento Inadequado UBS*			Procura Especialista			Resolutividade			Agudização Doença Crônica		
	n	(%)	RP <sup>†</sup> (IC <sup>‡</sup> 95%)	n	(%)	RP <sup>†</sup> (IC <sup>‡</sup> 95%)	n	(%)	RP <sup>†</sup> (IC <sup>‡</sup> 95%)	n	(%)	RP <sup>†</sup> (IC <sup>‡</sup> 95%)
<b>Sexo</b>												
Feminino	4	(28,2)	1,40(0,89-2,21)	2	(18,7)	0,79(0,49-1,29)	5	(37,6)	0,82(0,61-1,10)	2	(16,4)	1,36(0,72-2,55)
Masculino	2	(20,0)		2	(22,5)		5	(45,0)		1	(11,3)	
<b>Faixa etária</b>												
15-29	3	(30,0)	1,61 (0,935-2,779)	1	(16,6)		4	(41,8)	1,34 (0,74-2,43)	1	(11,2)	1
30-44	1	(19,0)	1	1	(22,8)	1,39 (0,76-2,55)	3	(46,7)	1,50 (0,83-2,72)	9	(11,4)	1,01 (0,44-2,32)
45-59	1	(24,3)	1,29 (0,67-2,49)	1	(20,8)	1,27 (0,63-2,53)	1	(35,9)	1,15 (0,60-2,21)	1	(18,0)	1,68 (0,76-3,69)
>60	3	(20,0)	1,09 (0,46-	7	(24,4)	1,47 (0,67-	9	(31,3)	1	7	(24,3)	2,15 (0,91-

	7)	2,53)	1)	3,24)	0)	1)	5,04)	
<b>Estado Civil</b>								
Com companheiro	3 (26, 5 5)	1,16 (0,75- 1,78)	2 (20, 7 5)	1,03(0,63- 1,69)	5 (40, 3 2)	0,96(0,71- 1,28)	1 (12, 7 9)	0,81(0,44- 1,48)
Sem companheiro	2 (22, 9 8)		2 (19, 5 7)		5 (41, 3 7)		2 (15, 0 7)	
<b>Escolaridade</b>								
Ensino superior/Médio	2 (23, 0 8)	0,94(059- 1,50)	1 (19, 6 0)	0,92(0,54- 1,57)	3 (42, 6 9)	1,07(0,78- 1,45)	1 (14, 2 3)	1,00(0,52- 1,89)
Fundamental/analf abeto	4 (25, 4 1)		3 (20, 6 6)		7 (40, 0 0)		2 (14, 5 3)	

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

\*UBS: Unidade Básica de Saúde; †RP: Razão de prevalência; ‡IC95%: Intervalo de Confiança 95%

## DISCUSSÃO

Achados do presente estudo demonstrando que a procura pelo SE por pacientes, classificados como pouco urgentes e não urgentes, o grau de concordância de que o referido serviço é o local correto para o atendimento, a preocupação com a condição de saúde e a concordância com o grau de urgência da situação, na percepção do paciente, levam a constatação de que os indivíduos consideram seus quadros clínicos, independentemente da razão médica, como uma situação de emergência/urgência. Além disso, a prevalência elevada de alta hospitalar (dispensa após consulta) e as evasões, antes do atendimento, no estudo atual, também corroboram a hipótese de que os pacientes poderiam ser atendidos e terem suas situações resolvidas em nível primário de atenção. Há décadas os SE vem realizando atendimentos que não seguem os critérios daquilo que realmente seria emergência/urgência, do ponto de vista médico, o que acaba por descaracterizar a sua real função.

Entre os participantes do estudo atual, as maiores prevalências foram para o sexo feminino, a faixa etária entre 15-29 anos, o ensino superior/médio e o status ocupacional ativo. A maioria dos estudos<sup>1,7,10,14,17-20</sup> verificou maiores prevalências (51,1% a 71,5%) para o sexo feminino, entretanto alguns estudos constataram o sexo masculino como mais prevalente, 54,1%<sup>22</sup> e 74,5%<sup>15</sup>. Quanto a faixa etária, os estudos verificaram maior concentração entre 18-30 anos<sup>1, 18,22</sup> semelhantes ao estudo atual (15-29). Alguns estudos<sup>7,14,15</sup> verificaram distribuição semelhante na escolaridade que variou de 36,3% à 70,2% no ensino superior/médio.

Segundo Tomberg *et al*<sup>24</sup> as mulheres mostram-se mais preocupadas com o processo de saúde-doença, enquanto os homens só recorrem aos serviços de saúde quando a doença encontra-se em fase mais avançada, ou associada a situações de emergência/urgência, por estarem mais expostos a esses eventos. Interessante destacar que os resultados enfatizam o problema do horário de funcionamento da UBS que dificulta a procura por indivíduos em

regime de trabalho ou estudo. No Brasil, Souza *et al*<sup>19</sup> identificaram, como motivos frequentes no uso do SE, as dificuldades de acesso aos atendimentos de APS, representadas pela demora no atendimento e agendamento de consultas, além dos problemas de acessibilidade, devido aos turnos de funcionamento, tipo de marcação e horários de consulta. Ressalta-se, ainda, que o funcionamento do SE por 24 horas ininterruptas, faz desse local uma das alternativas de fácil acesso ao sistema de saúde<sup>24</sup>.

A respeito das características gerais, os resultados do estudo em discussão, verificou participantes originários de suas residências, que utilizaram o veículo próprio para o deslocamento, apresentaram distância média e tempo de deslocamento relativamente pequenos apontando que o maior uso do SE está relacionado à menor distância da moradia ao serviço, além da cultura imediatista dos usuários e, aqui, pode-se fazer analogia aos pacientes que esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos<sup>25</sup>.

No contexto do tempo de triagem e de espera para atendimento médico, também curtos, no estudo atual, o acolhimento com classificação de risco pode ser considerado um dispositivo que vem contribuindo com a melhoria na qualidade dos SE permitindo e estimulando modificações positivas nas práticas em saúde. O objetivo desse protocolo consiste em classificar os pacientes, de acordo com as prioridades de intervenção, a partir da identificação da queixa inicial e estabelecimento do tempo de espera, por atendimento médico, de acordo com a gravidade<sup>26</sup>. O curto tempo de espera para a triagem e atendimento médico, conforme<sup>14</sup> sugere que o SE esteja cumprindo com o objetivo de prestar um atendimento imediato.

De acordo com Freire e colaboradores<sup>27</sup>, os motivos de procura por serviços de saúde envolvem fatores que, dependendo do modo como são estruturados, definirão a escolha pelo usuário. No estudo em discussão, entre os determinantes de procura pelo SE, verificou-se maiores prevalências para a resolutividade e o funcionamento inadequado da UBS.

Outros estudos<sup>1,7,10,14,20,27</sup> também apontam que a falta de resolutividade e de funcionamento inadequado das UBS, são os motivos mais frequentes de procura pelo SE.

Diversas são as justificativas para a procura pelo SE, no entanto, dentre elas, encontram-se a agilidade no atendimento, a resolutividade, traduzida por tecnologias, como a possibilidade de realizar exames laboratoriais e radiológicos, e de receber medicamentos, que são administrados no próprio serviço, além da prescrição de tratamentos e encaminhamentos, que atendem as necessidades dos usuários. A prescrição de medicamentos reforça o modelo de atenção, baseado na queixa-conduta dos casos agudos, que idealmente deveria resolver as necessidades de saúde dos usuários. Entretanto, muitas vezes, são condutas de resolução em curto prazo, o que explica os retornos frequentes ao serviço<sup>1,14</sup> além do não segmento no acompanhamento do processo saúde doença.

Entres os motivos verificados por Freire *et al*<sup>27</sup> encontram-se o fato de considerarem uma situação de emergência/urgência, a proximidade da residência/local de trabalho, o horário de atendimento acessível, a ausência de médico ou de ficha para atendimento na UBS, exames realizados com agilidade, atendimento rápido, instalações agradáveis e equipadas, enfim o atendimento efetivo e resolutivo. As conclusões de Acosta e Lima<sup>10</sup> seguem a mesma direção, mostrando como influencias para a procura pelo SE a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente/família, a destreza na realização de exames ou encaminhamentos para outros serviços, a localização, além do vínculo estabelecido pelo usuário com os profissionais, os serviços e o sistema de saúde, traduzido por acolhimento.

Os usuários apresentaram vários motivos para não procurarem as UBS, entre eles, o atendimento precário, a falta de confiança e qualidade no serviço, a demora no atendimento, a falta de médico e a alta rotatividade profissional<sup>22</sup>. Em meio aos motivos mencionados Dubeux *et al*<sup>7</sup>, destacam os aspectos relacionados a ausência de profissional para a consulta médica, a indisponibilidade de vaga para agendamento, a desistência do atendimento devido à falta de respeito da equipe de saúde, além da ausência de assistência às pequenas urgências na UBS.

Em razão da oferta restrita de serviços de APS, que oferecem, em muitas das UBS, apenas a consulta médica, a procura por atendimento em locais que concentram maior possibilidade de portas de entrada, como é o caso das emergências hospitalares, que apesar de superlotadas, prestando muitas vezes um atendimento impessoal e agindo sobre a queixa principal, ainda são locais considerados por reunirem um somatório mínimo de recursos, como as consultas médicas, os medicamentos os procedimentos, os exames laboratoriais e as internações<sup>7,27</sup>.

Além da resolutividade e inadequação da UBS, a procura por especialista e a agudização de doença crônica foram constatadas, no estudo atual, como motivos de procura pelo SE. A agudização de doenças já instalada leva o usuário a buscar atendimento em níveis secundários e/ou terciários de atenção, como as unidades de pronto atendimento e os SE, por serem mais ágeis e resolutivos. Essas unidades são referências para o atendimento da população na realização de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos de alto custo e internações<sup>29</sup>. Enfim, a falta de acesso à atenção ambulatorial especializada impacta o atendimento no SE que passa a ser a principal forma de acesso às especialidades e as tecnologias, transformando as emergências em depósito de problemas não resolvidos na atenção primária<sup>30</sup>.

A utilização frequente de SE também é fortemente influenciada por doenças crônicas e procura por especialistas. Este fato é indicativo da importância da atuação da rede de atenção à

saúde a esses indivíduos, que necessitam de atendimento tanto de ações continuadas para a prevenção de agravos, quanto de pronto atendimento nas situações de agudização. Nessa perspectiva, é essencial a comunicação entre os SE e de atenção primária e secundária, com a formação e pactuação de fluxos de referência e contra-referência<sup>10</sup>, voltados ao atendimento ambulatorial e a triagem hospitalar que proporcionem locais de segmento após o atendimento emergencial, favorecendo ao usuário o cuidado contínuo e adequado<sup>30</sup>.

Enfim, os SE funcionam com grande afluxo de demanda espontânea, culminando com a superlotação e, conseqüentemente, muitas vezes, atuando com baixa qualidade da assistência. O acesso a outros recursos do SUS é difícil, pois as filas de espera para consultas, realização de exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação hospitalar, bem como pessoal capacitado<sup>31</sup>. A superlotação no SE é um fenômeno mundial e pode ser um dos indicativos do baixo desempenho do sistema de saúde e mais especificamente da APS. Como estratégia de transformação desta realidade, é necessário que as políticas públicas sejam mais efetivas e eficazes para garantir maior fluidez no atendimento e autonomia ao usuário, além de maior resolutividade e responsabilidade por parte dos gestores de saúde<sup>32</sup>.

Embora o modelo assistencial brasileiro venha registrando esforços para reorganizar-se em direção à valorização e fortalecimento da APS, no seu sentido mais amplo, as UBS ainda não se configuram como a principal porta de entrada para o sistema de saúde<sup>31</sup>. Enquanto perdurar essa situação o estímulo à procura por atendimento, por parte da população, nos grandes hospitais terciários, como porta de acesso mais rápida e local que possa resolver problemas de saúde<sup>22</sup>, continuará sendo a regra. No entender de O'Dwyer *et al*<sup>30</sup>, mesmo não havendo uma relação linear entre a utilização do SE e a falência da rede básica, sem uma revisão ampla no sistema de saúde, o SE continuará a ser usado inapropriadamente, como alternativa para um atendimento primário e secundário.

Segundo Tomasi *et al.*<sup>33</sup> necessita-se do desenvolvimento de alternativas criativas para que sejam supridas as limitações e possa acontecer uma aproximação ao modelo ideal e efetivo, ajustado às reais necessidades da população e a capacidade de oferta do sistema. Os achados apontam também Carret *et al*<sup>14</sup> para a necessidade de esclarecer a população sobre a importância de um cuidado hierarquizado, que permita estabelecer diagnósticos definitivos e tratamentos adequados.

Em conclusão, os critérios determinantes de procura pelo SE foram resolutividade e funcionamento inadequado das UBS, seguidos de procura por especialista e agudização da doença crônica.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Gomide M, Pinto I, Gomide D, Zacharias F. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 2012;45(1):31.
2. Ministério da Saúde (Brasil). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [2016 Set 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)
3. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família. [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutora em Ciências; 2008.
4. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. *Radis/Comunicação em Saúde*, Súmula, Rio de Janeiro. 2009;80:7.
5. Durand A, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*. 2012;5(1):525.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2011. [2016 Set 12]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
7. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde, Rio de Janeiro. *Physis Rio J*. 2013;23(2):345-69.
8. LaCalle E, Rabin E, Genes N. High-Frequency Users of Emergency Department Care. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013;44(6):1167-73.
9. Billings J, Raven M. Dispelling An Urban Legend: Frequent Emergency Department Users Have Substantial Burden Of Disease. *Health Affairs*. 2013;32(12):2099-108.
10. Acosta AM, Lima MA. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):337-44.
11. Anziliero F. Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de enfermagem; 2011.
12. Secretaria de Estado da Saúde da Santa Catarina. Secretaria da Saúde cria Sistema Catarinense de Acolhimento e Classificação de risco. [acesso em 2016 set 27]. Disponível em: <http://sc.gov.br/mais-sobre-saude/10132-secretaria-da-saude-cria-sistema-catarinense-de-acolhimento-e-classificacao-de-risco>.
13. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA. What Drives Frequent Emergency Department Use in an Integrated Health System? National Data From the Veterans Health Administration. *Annals of Emergency Medicine*. 2013; 62(2):151-9.

14. Carret ML, Anaclaudia GF, Vera MV, Patrícia CS. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1069-79.
15. Rosa TP; Magnago TS; Julia PT; de Lima SB; Schimidt MD; da Silva RM. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Revista Enferm UFSM*. 2011; 1(1):51-60.
16. Dean AG, Sullivan.KM. Soe MM. Open Epi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; 2013. [2016 Agost 16]. Disponível em: [www.openepi.com](http://www.openepi.com)
17. Oliveira GN, Silva MF, Araújo IE, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):09.
18. Olivati FN, Brandão GAM, Vazques FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO, Passo Fundo*. 2010;15(3): 245-50.
19. 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.
20. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(4):665-73.
21. Coelho MF, Goulart BF, Chaves LD. Clinical emergencies: profile os hospital assistance. *Rev Rene*. 2013;14(1):50-9.
22. Azevedo DS, Tibães HB, Alves ÁM. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. *Ver enferm UFPE on line*. 2014. Recife. 2014;8(10):3306-13.
23. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo ME, Pai DD. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(1):80-7.
24. Cruz Sanches G, De Carvalho C. atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. 2015;22(2):33-7.
25. Souza BC, Felipe EBA, Silva RM. Perfil da Demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa senhora da Conceição-Tubarão-SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2009;38(2):73-9.
26. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RI, Chavaglia SR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-32
27. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SB. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimento? *Saúde Santa Maria*. 2015;41(1):195-200.

28. Marques CQ, Lima MA. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enferm. Ribeirão Preto.* 2007;15(1).
29. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MA, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(5):420-5.
30. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência&Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1881-90.
31. O'Dwyer G, Matta IE, Pepe VL. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência&Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1637-48.
32. Arrué A, Neves E, Buboltz F, Jantsch L, Zanon B. Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. *J Nurs UFPE on line.* 2013 Abr [2017 Jan 13]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3135>.
33. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2011;16(11): 4395-404