

Prevalência e Fatores Associados aos Motivos de Procura pelo Serviço de Emergência em Hospital na Região Metropolitana de Curitiba-PR

Matheus Eduardo de Barros Amato^{1*}; Leonardo Ananias¹; Franciele Cascaes da Silva²; Nazaré Otilia Nazário³.

¹ Acadêmico de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

² Doutora em Ciências do Movimento Humano; Professora do Curso de Medicina da UNISUL, Santa Catarina, Brasil.

³ Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade; Professora do Curso de Medicina da UNISUL, Santa Catarina, Brasil.

*Autor correspondente. Endereço de e-mail: math.amato@hotmail.com

RESUMO

Identificar a prevalência e os fatores associados aos motivos de procura pelo Serviço de Emergência de um hospital de pequeno porte na região metropolitana de Curitiba-PR. Trata-se de um estudo observacional transversal realizado entre março a maio/2021. A coleta de dados foi realizada por meio de análise dos prontuários e entrevista com duração de 15 minutos com os pacientes. Foi realizada a análise descritiva e empregado o teste qui-quadrado para analisar a associação entre as características demográficas e os motivos de procura no SE mais prevalentes, bem como a RP com seus respectivos intervalos de confiança 95%. Participaram do estudo 170 pacientes: sexo masculino (52,9%), faixa etária entre 18-30 anos (41,2%), sem companheiro (52,4%), ensino médio (63,5%), em atividade ocupacional (52,4%). Foram classificados 82,3% como pouco/não urgentes e 75,9% tiveram alta após a consulta médica. Os motivos de procura pelo SE mais prevalentes foram os sintomas respiratórios (20%), trauma/ferimento (18,2%) e dor abdominal (10,7%). Houve associação com significância estatística entre características demográficas, sexo e faixa etária, com os motivos de procura mais prevalentes. Conclui-se que o perfil dos usuários apresenta discreta predominância do sexo masculino, adultos jovens, status profissional ativo e escolaridade nível médio. Os motivos de procura mais prevalentes foram sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal, com maior prevalência de atendimentos pouco/não urgentes. O SE presta atendimentos predominantemente de APS, decorrentes do baixo conhecimento dos pacientes dos níveis de atenção do SUS, predileção pelo SE, fragilidade e ineficiência das UBS.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; Serviço de emergência; Segurança do paciente; Avaliação de processo e resultado em cuidados de saúde; Atenção primária a saúde; Unidade básica à saúde;

ABSTRACT

This study aims to identify the prevalence and factors associated with reasons for looking for the Emergency Service of a small hospital in the metropolitan area of Curitiba-PR. This is a cross-sectional observational study carried out between March and May/2021. Data collection was performed through analysis of medical records and interviews lasting 15 minutes with patients. Descriptive analysis was performed and the Pearson's chi-square test was used to analyze the association between demographic characteristics and the most prevalent reasons for seeking out the ES, as well as Prevalence Ratio with its respective 95% confidence intervals. 170 patients participated in the study: male (52.9%), aged 18-30 years (41.2%), without a partner (52.4%), high school (63.5%), in occupational activity (52.4%). 82.3% were classified as little/not urgent and 75.9% were discharged after medical consultation. The most prevalent reasons for looking for the ES were respiratory symptoms (20%), trauma/injury (18.2%) and abdominal pain (10.7%). There was a statistically significant association between demographic characteristics, gender and age group with the most prevalent reasons for reaching out the ES. The conclusion was that the profile of users shows a slight predominance of males, young adults, active professionals and high-schoolers.

The most prevalent reasons for looking for the ES were respiratory symptoms, trauma/injury and abdominal pain, with a higher prevalence of low/non-urgent care. The ES provides care predominantly for PHC, resulting from the patients' low knowledge of the SUS care levels, predilection for the ES, fragility and inefficiency of the BHU.

Keywords: *Quality of health care; Emergency Service; Patient safety; Process and outcome evaluation in healthcare; Primary health care; Basic health unit;*

Introdução

A assistência em saúde no SUS foi organizada em níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), visando a melhor programação e planejamento das ações dos serviços em saúde¹. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a atenção básica e figuram a estrutura elementar de atendimento, que tem como objetivo ser a porta de entrada prioritária ao sistema de saúde, solucionando os problemas ordinários dos pacientes com o intuito de mitigar as filas de atendimento de média e alta complexidade de forma canalizadora, favorecendo a redução da morbimortalidade². No entanto, as UBS são catalogadas pelos usuários como ineficientes, burocráticas, morosas e com horário de funcionamento limitado para um atendimento agendado¹. Em função deste cenário, os pacientes buscam outro local de atendimento com certo grau de instantaneidade e resolutividade para os seus problemas, tornando o Serviço de Emergência (SE) a válvula de escape e a porta de entrada para os serviços de saúde³.

A falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços básicos, aliada a falta de conhecimento da população, têm contribuído para que os usuários busquem assistência médica aonde exista porta aberta, sobrecarregando o SE^{4,5}. Esta busca descomedida foi definida como o sintoma internacional de falha do sistema de saúde⁶. Este fenômeno e reincidência de atendimentos têm sido observados em diversos países: EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália com aumento de demanda no SE entre 3% a 6% ao ano⁷.

Os profissionais de saúde do SE destacam que há muitos usuários frequentes com motivos de consulta e queixas inapropriadas para o pronto atendimento, gerando uma rotulação aos mesmos, pois o atendimento é inapropriado ao serviço, dispendendo de tempo e recursos de emergência desnecessários⁸. Esta parcela de pacientes, pautados como frequentes, têm demandas de saúde complexas que não são administradas de forma ideal no âmbito do SE⁹. Estudo constatou que 74,5% dos atendimentos em um Hospital do nordeste do Brasil poderiam ser realizados na atenção básica, por não se

caracterizarem como emergências e urgências, pois eram queixas típicas⁴. Deste modo, visitas inadequadas ou não emergentes são motivos de inquietude, por gerarem pressão sobre a equipe e os recursos do pronto-socorro, dissuadindo os pacientes classificados como emergentes, assim como, aumentando a carga laboral, o que pode resultar na perda da qualidade e segurança assistencial à saúde^{10,11,16}.

A crise no SE é acentuada pela busca simultânea de situações graves e quadros não urgentes, complexificando o estabelecimento de prioridades. Neste cenário a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional da Humanização contemplam estratégias para o acolhimento, triagem e classificação de risco dos usuários¹². Esta implementação de sistemas de triagens teve início em 1960 nos EUA, simultaneamente no Canadá; em 1997 instituiu-se no Reino Unido a Triagem de Manchester, difundida até hoje, e com alto índice de adesão, pois contempla a gravidade, tempo alvo de atendimento e reavaliação. No Brasil o Ministério de Saúde sugere a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no lugar de triagem, por assumir que o ato de triar é excludente¹³.

É evidente que os indivíduos necessitam ser assistidos nos mais diversos serviços de saúde, contudo, o uso isolado das emergências hospitalares apresenta-se insuficiente no que concerne a solução dos requerimentos de saúde dos usuários, por efeito do atendimento pontual e fragmentado do serviço, não possuindo guarnição contínua na rede de atenção, possibilitando a exacerbação e reincidência nos SE como um fenômeno clínico⁸. Delinear o perfil dos usuários e as motivações da busca direta no SE, elucida informações elementares na identificação de fatores preveníveis, de retorno ao serviço, e a elaboração de planos de cuidados que atendam às necessidades dos indivíduos. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo principal identificar a prevalência e os fatores associados aos motivos de procura pelo Serviço de Emergência de um hospital de pequeno porte na região metropolitana de Curitiba-PR.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no pronto atendimento do Hospital Municipal Santa Júlia, na cidade de Bocaiúva do Sul, região metropolitana de Curitiba-PR. O município possuía uma população estimada pelo IBGE para o ano de 2020 de 13.129 habitantes¹⁷ e pertence a 2ª Regional de Saúde – Curitiba¹⁸. A instituição é de pequeno porte, com capacidade de internação de 10 leitos, e com atendimentos de baixa complexidade, com médico plantonista clínico geral, em regime de plantão permanente, que atende as diversas especialidades médicas. O hospital é o único atendimento emergencial disponível no município, referência de assistência aos munícipes, e canalizador para a atenção especializada de média e alta complexidade aos municípios vizinhos.

Participaram do estudo os pacientes que buscaram atendimento no pronto socorro do Hospital Santa Júlia, entre março a maio/2021. Para determinar a população do estudo, foi utilizado como base para o cálculo do número de atendimentos no referido serviço, aproximadamente 700 atendimentos/mês e o estudo realizado por Borges et al (2018)¹, através da ferramenta Open Epi 3,0120 – *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*¹⁹, considerou-se uma perda amostral de 20%, com 95% de confiança e 80% de poder, e prevalência esperada de 40,9% nos usuários que buscam uma solução imediata no pronto atendimento, tendo como parâmetros os motivos esperados de busca por atendimento no SE, resultou em uma amostra de 170 indivíduos. A seleção da amostra foi por conveniência.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos a triagem, baseada no Protocolo de Manchester, realizada pela enfermagem, que classifica os pacientes como: alta prioridade (vermelho – emergência e laranja – muito urgente) e baixa prioridade (amarelo – urgente, verde – pouco urgente e azul – não urgente)²⁰. Além disso, exclui-se os pacientes que se evadiram do serviço antes que todo o atendimento fosse realizado e recebessem alta.

A coleta de dados, realizada em uma única etapa, iniciou com uma breve exposição dos objetivos da pesquisa e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguida da realização de entrevista, em local apropriado, por pesquisadores capacitados que consideraram os critérios de inclusão e exclusão, com durabilidade aproximada de 15 minutos. Além da entrevista com os pacientes, outras informações foram coletadas por meio de acesso ao prontuário eletrônico,

com consentimento prévio do Guardião Legal dos prontuários, como, por exemplo: dados sobre o tempo de triagem/atendimento, classificação da triagem, discriminador clínico e destino.

A variável dependente do estudo qualificou-se como motivos de procura do SE". As variáveis independentes foram classificadas em demográficas/socioeconômicas, relacionadas com as características gerais da demanda do SE e com a percepção dos pacientes quanto ao SE a UBS.

As socioeconômicas são: sexo (masculino/feminino), idade (em anos), bairro (qual), estado civil (solteiro, casado, amasiado e viúvo), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental completo/incompleto, ensino médio completo/incompleto, ensino superior completo/incompleto) e profissão (qual).

Aquelas relacionadas com as características gerais da demanda do SE foram: motivo de consulta (qual), tempo de triagem (minutos), tempo da consulta médica (minutos), doenças crônicas (qual), origem (residência – demanda espontânea -, pré-hospitalar móvel, atenção primária e trabalho), classificação de risco pela triagem (alta prioridade - vermelho/emergência e laranja/muito urgente - e baixa prioridade – amarelo/urgente, verde/pouco urgente e azul/não urgente), destino (observação e alta médica, medicação e alta médica, liberação após a consulta, internação, encaminhamento a UBS, transferência a centro de maior complexidade e óbito) e discriminador clínico (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria e GO).

Por fim, as variáveis relacionadas a percepção dos pacientes quanto ao SE a UBS: conhecimento da diferença entre o SE e da UBS (sim/não), auto percepção do quadro clínico (não urgente, preocupação, urgente e emergência), e por fim foram citadas algumas situações clínicas para que o paciente respondesse que serviço buscava (UBS/SE) no caso de cefaleia, febre <48 horas, disúria, astenia, dor precordial e pico hipertensivo.

Inicialmente, os dados foram tabulados no programa software *Windows Excel*, e a análise realizada por intermédio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 20.0 (Computer program)*. Os dados qualitativos foram expostos em frequências simples e relativas, ao passo que os dados quantitativos apresentados em medidas de tendência central (média) e suas respectivas medidas de variabilidade/dispersão (de amplitude [máximo e mínimo] e de desvio padrão). Já o teste qui-quadrado foi empregado na análise da associação entre as variáveis independentes e o desfecho do estudo: motivos de procura do SE. A medida

de associação adotada foi a razão de prevalência, com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). Considerou-se significância estatística para o valor de $p \leq 0,05$.

O projeto obedeceu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade). Submeteu-se ao CEP-UNISUL, e os dados foram coletados somente após a liberação do Parecer Consubstanciado, aprovado CAAE: 40010020.0.0000.5369.

Resultados

Participaram do estudo 170 pacientes, 83,5% (142) sem doenças crônicas. Na percepção dos pacientes 62,4% (106) deles consideraram o seu quadro clínico como uma preocupação e 17,1% (28) uma emergência. Sobre o destino final dos pacientes: 75,9% (129) receberam atendimento seguido de alta, 14,1% (24) encaminhados a UBS, 2,4% (4) internados e 7,6% (13) referenciados a um centro de maior complexidade. O discriminador clínico de admissão no SE foi na sua maioria de (82,4%) para clínica médica. Entre os participantes 42,4% (72) afirmaram não conhecer a diferença entre a UBS e o SE. Sobre as características gerais da demanda observou-se que 80% (136) são oriundos da residência, 18,8% (32) do trabalho, e do atendimento pré-hospitalar 1,2% (2). O tempo médio de triagem foi de 12,5 minutos (máximo de 20 minutos) e o tempo médio das consultas médicas foi de 9,2 minutos (máximo de 15 minutos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo encontra-se descrita na Tabela 1. Verificou-se maioria no sexo masculino (52,9%), 41,2% na faixa etária 18 aos 30 anos, seguido de 32,4% entre 31 e 50 anos, 52,4% sem companheiro, 63,5% com escolaridade nível médio e 52,4% com status profissional ativo.

Tabela 1. Caracterização demográfica da população (n=170).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	80	47,1
Masculino	90	52,9
Faixa etária		
1-17	6	3,5
18-30	70	41,2
31-50	55	32,4
51-80	39	22,9

Variáveis	n	%
Estado civil		
Com companheiro	81	47,6
Sem companheiro	89	52,4
Status profissional		
Ativo	89	52,4
Desempregado	49	28,8
Aposentado	16	9,4
Estudante	16	9,4
Escolaridade		
Analfabeto	4	2,4
Ensino fundamental	51	30,0
Ensino médio	108	63,5
Ensino superior	7	4,0

Fonte: Produzida pelo autor.

Entre os motivos de procura do SE se verificou maiores prevalências para sintomas respiratórios (20%), trauma/ferimento (18,2%), dor abdominal (10,7%). (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição dos motivos de procura pelo SE (n=170).

Variáveis	n	%
Motivo de consulta		
Sintomas respiratórios	34	20,0
Trauma/ferimento	31	18,2
Dor abdominal	18	10,7
Artralgia/mialgia	13	7,6
Dor lombar	12	7,0
Cefaleia	9	5,3
Geniturinário	9	5,3
Crise de ansiedade	9	5,3
Picada/mordedura de animais	9	5,3
Oftalmia	6	3,5
Dor torácica	5	3,0
Mal estar*	8	4,7
Outras queixas**	7	4,1

Fonte: Produzida pelo autor. *Astenia, tontura, hipotensão e pico hipertensivo. **Parestesia, celulite e obstétricas

A classificação de risco está descrita na tabela 3. Constatou-se que 82,3% dos pacientes foram classificados com quadros clínicos pouco/não urgentes (verde/azul).

Tabela 3. Classificação de Risco na triagem (n=170).

Variantes	n	%
Classificação de risco pela triagem		
Vermelho/laranja (emergência/muito urgente)	4	2,4
Amarelo (urgente)	26	15,3
Verde/azul (pouco urgente/não urgente)	140	82,3

Fonte: Produzida pelo autor.

A associação entre as características demográficas - sexo e faixa etária - e os 3 motivos de procura no SE mais prevalentes, encontra-se descrita na Tabela 4.

Tabela 4. Associação entre as características demográficas e os 3 motivos de procura no SE mais prevalentes.

	Sintomas Respiratórios		Trauma/ferimento		Dor abdominal	
	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)
Sexo*						
Feminino	32(28,7)	2,35(1,27-4,32)	8(10)	2,56(1,30-5,03)	11 (13,8)	1,76 (0,76-4,07)
Masculino	11(12,2)		23(25,6)		7(7,8)	
Faixa Etária**						
01-17	1(16,7)	1,06(0,56-1,99)	-	-	1(16,7)	4,64(1,53-14)
18-30	11(15,7)	1	14(20)	1,94(0,96-3,90)	12(17,1)	4,75(1,57-14,3)
31-50	12(21,8)	1,39(0,77-2,50)	13(23,6)	2,29(1,16-4,51)	2(3,6)	1
51-80	10(25,6)	1,631(0,92-2,86)	4(10,3)	1	3(7,7)	2,139(0,63-7,24)

*p=0,004 para a associação entre sexo com sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal.

**p=0,007 para a associação entre faixa etária com sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal.

Fonte: Produzida pelo autor.

A procura no SE por sintomas respiratórios e por dor abdominal foi maior no sexo feminino, 2,35 e 1,76 vezes, respectivamente. Enquanto a procura pelo serviço por trauma/ferimento foi 2,56 vezes maior no sexo masculino. Os sintomas respiratórios foram maiores nas faixas etárias de 51-80, sendo 1,63 maior quando comparados com a faixa etária de 18-30 anos. A busca por trauma/ferimento mostrou maior prevalência nas faixas etárias de 31-50 anos quando comparadas com os pacientes de 51-80 anos, com prevalência de 2,29 vezes maior. A dor abdominal como motivo de consulta no SE foi 4,75 vezes maior na faixa etária de 18-30 anos quando comparada a faixa etária de 31-50.

A preferência entre os participantes do estudo com relação a procura pelo SE ou UBS, conforme a sintomatologia apresentada, está descrita no gráfico 1. A busca pelo SE foi considerada como o principal serviço de referência para os entrevistados.

Discussão

Na população em estudo, verificou-se maior prevalência do sexo masculino, faixa etária entre 18-30 anos, escolaridade de nível médio, sem companheiro e o

status ocupacional ativo. A maioria dos estudos verificou prevalências (53,3% a 66%)^{21,22,23,24} para o sexo masculino, entretanto alguns constataram o sexo feminino como mais prevalente^{25,26}, 58,7% e 64,6%. Quanto a faixa etária, os estudos^{21,22,23,24,25,26} apresentaram maior concentração entre 18-60 anos semelhante ao estudo atual, o que demonstra que a busca pelo SE é de uma população jovem-adulta. Alguns estudos^{21,22,23,24,25,26} verificaram, distribuição discordante para escolaridade, com prevalência que variou de 45,3% a 49,2% para ensino fundamental incompleto.

O que determina a necessidade de utilização intensa do SE pelos usuários é a percepção da situação de saúde e do conhecimento prévio de suas doenças crônicas não transmissíveis²⁷. Estudos demonstraram que as mulheres têm maior conhecimento sobre os sinais e sintomas das doenças e, portanto, têm maior procura pelos serviços das unidades básicas de saúde, favorecendo assim a prática de promoção e prevenção de doenças^{22,27,28}. Ao se tratar de vulnerabilidade e alta morbimortalidade, percebe-se que os homens não buscam atendimento na APS, mas acessam o sistema de saúde por meio dos SE. Caso a demanda pela APS fosse maior, os SE poderiam ser evitados^{22,29}. Além disso, estudos apontaram que

pacientes do sexo masculino são mais susceptíveis às doenças, sobretudo aquelas graves e que cronicam, levando a maior ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva, com maior prevalência do desfecho de óbito comparado as pacientes do sexo feminino²¹. Malta et al²⁷ verificaram que pacientes com doenças crônicas e com baixa escolaridade apresentam maior incidência de internação e abandono das atividades por motivos de saúde e de consultas médicas, o que vem ao encontro com estudo que mostrou maior prevalência de doenças crônicas em pessoas com menor escolaridade³⁰.

No estudo em discussão, entre os motivos de procura do SE, verificou-se maiores prevalências para sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal. Uma revisão de literatura³¹ demonstrou que os sintomas mais prevalentes no SE são dispneia, dor, sudorese, náuseas, febre, cefaleia e tontura. Outro estudo mostrou maior incidência de trauma como motivo de admissão ao SE²¹.

A despeito da procura por queixas respiratórias, esses dados são de extrema relevância para o momento atual, visto que enfrentamos uma das maiores pandemias da humanidade, caracterizada pela OMS desde março de 2020, causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2³⁵. São considerados casos suspeitos de COVID-19 indivíduos com sensação febril ou febre, acompanhada de tosse, dor de garganta, coriza ou dificuldade respiratória³⁶, portanto motivos para procura pelos SE.

Em contrapartida, a procura por trauma/ferimento pode estar relacionada com vítimas de acidente de trabalho e trânsito no município, que tem como principal atividade econômica a indústria madeireira e o ramo frigorífico, bem como aos acidentes na Rodovia BR-176 que passa pelo território municipal.

Achados do presente estudo demonstraram que a procura pelo SE por pacientes classificados na triagem como pouco urgentes e não urgentes (82,3%), 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 a classificação de risco da situação, na percepção do paciente, levam a constatação de que os indivíduos consideram seus quadros clínicos, independentemente da avaliação médica, como uma situação de emergência/urgência. Outros estudos,^{1,20,25} encontraram prevalências semelhantes 73,7% a 95,7% de atendimentos triados como pouco urgentes/não urgentes. Além disso, a prevalência elevada de alta hospitalar (dispensa após consulta), no estudo atual de 75,9%, corrobora com a hipótese de que os pacientes poderiam ser atendidos e terem suas situações resolvidas em nível

primário de atenção¹. Comportamento semelhante foi verificado em um estudo na cidade de São Paulo, 69,1% dos pacientes receberam alta após consulta médica no SE²⁶.

Essa problemática pode ter relação direta com o conhecimento escasso da população sobre os níveis de atenção do SUS. No presente estudo 42,4% dos participantes afirmaram não conhecer a diferença entre o SE e UBS. Outro fator é o despreparo dos profissionais de saúde que atuam no acolhimento com classificação de risco, refletindo, assim, na superlotação do setor com atendimentos de baixa complexidade, o que pode contribuir com a assistência inadequada aos pacientes que realmente necessitam de tratamento emergencial²².

Em relação ao tempo de triagem e atendimento médico, ambos curtos, no estudo atual pode estar associado ao acolhimento com a 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 gravidade¹.

O presente estudo, demonstrou que independente da sintomatologia e gravidade do quadro, há uma predileção na busca pelo SE comparado a UBS, o que favorece a hipótese de que o SE é a principal porta de acesso ao serviço de saúde e que há outros fatores intrínsecos que determinam a escolha do local de assistência médica³. Ao considerar o perfil de pacientes em um SE, o estudo de Lima, Nichiata e Bonfim³² afirma que poderiam ser atendidos na UBS, ressaltando as fragilidades do acesso e do cuidado continuado na APS, de forma a demonstrar a importância do trabalho da atenção básica, proporcionando um melhor desempenho ao SUS, por meio da diminuição de internações consideravelmente evitáveis e atendimentos não correspondentes ao seu nível de atenção.

Pesquisas revelam justificativas e determinantes para a procura prioritária pelo SE, como, a resolatividade, o funcionamento inadequado da UBS (demora no agendamento de consultas), a procura por especialista, a agudização de doença crônica e a fragilidade na organização dos processos de trabalho em relação ao acolhimento das queixas agudas na UBS e até mesmo por aspectos estruturais desses serviços, evidenciando, mais uma vez, lacunas na APS como porta de entrada^{1,25}. Existe um conceito difundido entre os profissionais

de saúde e usuários, que os cuidados/atendimentos oferecidos na UBS são menos complexos, comparados com os catalogados como média e alta complexidade, o que acaba não sendo um fato, uma vez que a APS é capaz de atender mais de 85% dos problemas de saúde da população²⁵. Estimular e capacitar a atenção primária para atendimentos de urgência é a principal ferramenta a ser usada no processo de ampliação do acesso. Vale destacar, ainda, que o acolhimento de urgências nos serviços de APS difere-se do SE, uma vez que os profissionais da UBS têm conhecimento prévio e vínculo com a população de seu território, além de que fazem acompanhamento longitudinal, permitindo o retorno e seguimento com a equipe, caracterizando, assim, um cuidado continuado, e não somente um atendimento pontual, o que pode evitar o retorno frequente ao SE^{1,33,34}.

No Reino Unido os SE têm enfrentado problemas de superlotação e uso inapropriado, problemática determinante para a otimização de políticas públicas de saúde. Sanitaristas propõem que os SE disponham de uma unidade de atenção básica fora de expediente para amparar e abrandar sua sobrecarga¹⁴, prática já adotada pioneiramente nos EUA e que a Inglaterra está aderindo, inclusive implantando unidades de atenção básica nos finais de semana¹⁵. Um estudo de coorte realizado no Reino Unido comparou o atendimento de médicos generalistas com o prestado pela equipe de emergência a pacientes não urgentes no SE, e concluiu que os generalistas tendem a gerenciar casos menos complexos com menos recursos, sem aumentar a taxa de retorno, trazendo implicações clínicas importantes, através do tratamento ideal para todos os pacientes que procurem o SE, e que o manejo destes pacientes é mais adequado no nível primário de atenção¹⁴.

O presente estudo demonstrou associação estatisticamente significativa entre o motivo de consulta no SE e sexo, com prevalência de dor abdominal e sintomas respiratórios no sexo feminino. O estudo de Chagas³⁷ realizado em Florianópolis-SC mostrou a mesma associação entre dor abdominal e sexo feminino, o que justifica-se pelo fato de que mulheres costumam apresentar síndrome do cólon irritável, dor pélvica crônica e cistite, cuja dor abdominal é um sintoma frequente. Já a associação entre o sexo feminino e os sintomas respiratórios pode ser explicada pelo perfil epidemiológico dos pacientes positivos para o SARS-COV-2 demonstrado pelo estudo realizado no Estado do Paraná, com uma prevalência de 53% dos casos no sexo feminino³⁸. Outro estudo realizado em Santa Catarina, mostrou associação entre sexo feminino e problemas respiratórios, sendo uma

possível explicação a influência de fatores hormonais³⁹.

Neste estudo, a procura pelo serviço por trauma/ferimento foi mais prevalente nos jovens/adultos do sexo masculino. O estudo de Praça et al⁴⁰ mostrou prevalências semelhantes na população jovem/adulta ativa, com predomínio no sexo masculino (77,9%) e na faixa etária de 20 a 49 anos (66,3%). Tais achados vêm ao encontro com a análise da mortalidade no Brasil, realizada em 2018, pelo IBGE, que indica sobremortalidade masculina concentrada entre os jovens-adultos, com maior incidência dos óbitos por causas externas ou não naturais nessa população⁴¹. A prevalência do trauma na população masculina em idade mais jovem, talvez, esteja relacionada ao padrão de comportamento social e cultural associado ao sexo e à idade⁴².

Foi constatada maior prevalência de procura no SE por sintomas respiratórios nas faixas etárias de 51-80 anos comparadas com os pacientes de 1-17 anos. Estes dados podem ter relação com o perfil epidemiológico dos pacientes no contexto da pandemia pelo novo coronavírus que recorreram ao atendimento em nas unidades de pronto atendimento com sintomas respiratórios. No Estado de Minas Gerais, 80% dos óbitos se concentrou em pacientes acima de 60 anos⁴³, no Estado do Paraná³⁷ a média de idade dos óbitos pela doença foi 68,6 anos e em Nova York a maioria dos pacientes que evoluíram a óbito encontravam-se na faixa etária entre 70-79 anos⁴⁴. O baixo número de casos na população pediátrica pode ser atribuído a não detecção da doença, pois a maioria dos casos nessa faixa etária apresentam sintomas leves ou são assintomáticos⁴⁵ e também pelo fechamento precoce de escolas, que reduziu a transmissão do vírus⁴⁶.

Conclusão

Conclui-se que o perfil dos usuários do SE apresentou predomínio do sexo masculino, adultos jovens, com status profissional ativo e escolaridade nível médio. Os motivos de procura mais prevalentes foram sintomas respiratórios, trauma/ferimento e dor abdominal, com alta prevalência de atendimentos não urgentes/pouco urgentes e alta após atendimento médico. Os dados do estudo demonstraram que o SE presta predominantemente atendimentos que poderiam ser realizados na APS, decorrentes do baixo conhecimento dos pacientes dos níveis de atenção do SUS, predileção pelo SE, fragilidade e ineficiência da APS.

Os SE podem contribuir com a identificação dos pacientes não urgentes e elaborar estratégias junto com as UBS que facilitem o gerenciamento dos casos. Dessa

forma, pode haver articulação entre os sistemas de saúde, que muitas vezes é fragmentada, a fim de suprir integralmente as necessidades dos usuários em nível adequado de assistência. Medidas como orientações de alta específicas e conscientização podem contribuir para melhoria desse panorama. Recomenda-se a realização de estudos que implementem maneiras de realizar um fluxo de atendimento com referência e contrarreferência dos pacientes, a fim de contribuir com a diminuição de gastos e da superlotação do SE com pacientes com queixas que devem ser manejadas na APS.

Referências

- Borges LS, Freitas PF, Vietta GG, Borges KR, Nazario NO. Estudos dos critérios determinantes de procura pelo serviço de emergência, por pacientes classificados como poucos urgentes e não urgentes, em um hospital geral do sul do Brasil. *Arq. Catarin Med.* 2018;47(3):60-73.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério de saúde 2012.
- Coneglian TV, Moraes AIS, Dias GC, Araujo ACP, Parro MC, Olivares NM. Gestão da demanda em saúde: Qualidade do serviço na visão dos usuários. *CuidArte Enfermagem.* 2018;12(2):204-10.
- Camerro A, Alves EC, Camerero NMMS, Nogueira LDP. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. *Revista Fafibe On-Line.* 2015;8(1):515-24.
- Hysenbegasi M, Hubloue I, Vanobberghen R, Kartounian J, Devroey D. Evolution over 11 years of the characteristics of walk-in patients at the emergency department of a university hospital in Brussels. *Journal of Medicine and Life.* 2019;12(1):34–42.
- Durand AC, Palazzolo S, Hardouin NT, 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.
- Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine.* 2007;24(9):1137-49.
- Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: factores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(2):337-44.
- Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE.* 2015;10(4):1-18.
- Recovich C, Patel T. Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours? *World J Emerg Med.* 2012;3(2):91-7.
- Restrepo-Zae JH, Jaén-Posada JS, Piedrahita JJE, Flórez PAZ. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2018;17(34):1657-7027.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério de saúde 2006.
- Feijó VBR, Cordoni Junior L, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate.* 2015;39(106):627-36.
- Uthman OA, Walker C, Lahiri S, Jenkinson D, Adekanmbi V, Robertson W, Clarke A. General practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. *BMJ Open.* 2018;(8):1-7.
- MacKichan F, Brangan E, Wye L, Checkland K, Lasserson D, Huntley A, Morris R, Tammes P, Salisbury C, Purdy S. Why do patients seek primary medical care in emergency departments? An ethnographic exploration of access to general practice. *BMJ Open.* 2017;7(4):1-12.
- Feitosa-Filho GS, Kirschbaum M, Neves YCS, Loureiro BMC, Lima VACC, Calazans RM, Falcão CK, Fahl RT, Barreto BR. Characteristics of training and motivation of physicians working in emergency medicine. *Rev Assoc Med Bras.* 2017; 63(2):112-7.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal Cidades; 2020. [acesso em 2020 Set 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/bocaiuva-do-sul/panorama>.
- Governo do Estado do Paraná – Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Regionais

- de Saúde; 2020. [acesso em 2020 Set 16]. Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>.
19. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. Open Epi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; 2013. [2020 Agost 20]. Disponível em: www.openepi.com.
 20. Becker BJ, Lopes TBCM, Pinto FM, Campanharo VRC, Barbosa AD, Batista ERA. Triagem no serviço de emergência: associação entre as categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5):783-789.
 21. Ponte KMA, Frota KC, Fontenele MGM, Ávila AR, Morais RM, Abreu MM. Pacientes no serviço de emergência: perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de enfermagem. *SANARE(Sobral, Online)*. 2019; 18(2):15-25
 22. Rodrigues AIG, Korinsky JP, Santos ADB, Oliveira ANS, Almeida LR, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Revista Baiana Saúde Pública*. 2015; 38(3): 13–24.
 23. Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Viola CG, Valente SH, Zacharias, FC, Pinto IC. Perfil sociodemográfico e clínico do paciente com doença crônica atendido em um serviço de emergência. *Research, Society and Development*. 2021; 10(7): 2525-3409.
 24. Bezerra RC, Padilha MLP, Perigo LHB, Chaebo G, Silveira VC da. Perfil de atendimento em Prontos Socorros: o caso do Hospital Sagrado Coração de Jesus de Anaurilândia - MS. *Rev*. 2017; 8(2):128-211.
 25. Santos P de B, Santos TPV, dos Santos PRA. Perfil dos usuários e motivos de atendimentos em serviços não hospitalares fixos de urgência e emergência. *REAS*. 2021;13(2): 2178-2091.
 26. Frango BCTM, Batista REA, Campanharo CRV, Okuno MFP, Lopes MCBT. Associação do perfil de usuários frequentes com as características de utilização de um serviço de emergência. *REME – Rev Min Enferm*. 2018; 22: e-1071.
 27. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:4s.
 28. Simieli I, Padilha LAR, Tavares CF de F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *REAS*. 2019;(37):e1511.
 29. Mello JM, Borges KO, Muller EV, Grden CRB, Pinheiro FK, Borges WS. (2017). Hospitalizations for ambulatory care sensitive noncommunicable diseases of the circulatory system. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2017; 26(1): e3390015.
 30. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190155.
 31. Bastos ES, Ponte KMA, Sousa JG. Diagnósticos, sinais e sintomas de pacientes em unidade de emergência: estudo bibliográfico. *Essentia* 2015; 16(2):81-103.
 32. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03414
 33. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3 ed. Brasília,DF; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
 34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS); 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
 35. Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. 2020. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/Noticias/2021/nota-tecnica-no-6-de-2021.pdf>
 36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. 2020. Disponível em: https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf
 37. Chagas OFP. Perfil dos Pacientes com dor aguda em uma unidade de pronto atendimento e as consequências do seu manejo inadequado

- [recurso eletrônico]. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020.
38. Paiva C, Nasr AM, Silva Magatao D, Gomes Ditterich R, Guimaraes R, Piler R, Preto CA, Werner Junior N, Lopes MG, Fredrich V. Perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2020;3 (Supl.). Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/419>
 39. Bernat AC, Oliveira MC, Rocha GC, Boing AF, Peres KG. Prevalencia dos sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009;25(9): 1907-1916.
 40. Praça WR, Matos MCB, Fioravanti RK, Magro MCS, Hermann PRS. Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal, Brasil. *Rev Pre Infec e Saúde*. 2017;3(1):1-7.
 41. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil; Rio de Janeiro;2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf
 42. Silva LAP, Ferreira AC, Paulino RES, Guedes GO, Cunha MEB, Peixoto VTCP, Faria TA. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. *Rev. Med. (São Paulo)*. 2017;96(4):245-53.
 43. Nascimento BF, Andrade GR, Hespanhol MC, Almeida MB, Rio FAN, Souza JBF, Gomes RT, Nardelli GG. Perfil epidemiológico da pandemia por Covid-19 no estado de Minas Gerais. Universidade Federal do Triangulo Mineiro (UFTM). 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.bjid.2020.101142
 44. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, Aaron JG, Claassen J, Rabbani LE, Hastie J, Hochman BR, Salazar-Schicchi J, Yip NH, Brodie D, O'Donnell MR. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1763-1770.
 45. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020 Aug 25;324(8):782-793.
 46. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, Tsang TK, Li JCM, Fong MW, Liao Q, Kwan MY, Lee SL, Chiu SS, Wu JT, Wu P, Leung GM. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e279-e288.