

# Perfil da demanda do serviço de urgência e emergência na perspectiva de um centro de atenção integrada à saúde

## *Profile of the demand for urgency and emergency services from the perspective of an integrated health care center*

Webse da Mota Costa<sup>1</sup>, Hidecazio de Oliveira Sousa<sup>2</sup>, Waldemar Naves do Amaral<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as características da demanda pacientes admitidos na urgência e emergência, vinculados à solicitação de AIH via Sistema de Regulação. **Métodos:** Foram analisados o perfil sociodemográfico, os dados da solicitação da AIH, os agravos de saúde relacionados, e a caracterização da AIH aprovada. **Resultados:** Um total de 2013 AIHs foram consideradas, com sexo masculino (50,72%) e faixa etária  $\geq$  50 anos (43,52%) mais frequentes. O maior número de casos foi para Aparecida de Goiânia (66,57%) com o turno diurno mais procurado. Os intervalos de espera mais prevalentes foram 60 min (45,11%), 1 a 6 horas (23,00%), 6 a 12 horas (5,81%), e quanto ao parecer da solicitação, 71,49% foi aprovado e 17,14% negado. As especialidades mais solicitadas foram a clínica geral (54,25%) e cirurgia geral (18,63%), com os agravos de saúde mais observados o abdome agudo (8,00%), e o acidente vascular cerebral (7,65%). A maior demanda para as AIHs aprovadas foi de procedimentos de alta complexidade (36,00%), sendo a tomografia computadorizada de crânio (17,51%) o mais liberado. **Conclusões:** Observou-se problemáticas com estrutura, equipamentos para exames e mão de obra qualificada, além da solicitação excessiva de exames de alta complexidade, pela ausência de protocolos internos para orientação de sua solicitação.

**Descritores:** Urgência. Emergência. Perfil. Demanda.

### ABSTRACT

**Aim:** To describe the demand features of patients admitted to the urgency and emergency, linked to the request for AIH through Regulation System. **Methods:** The sociodemographic profile, the data from the AIH request, the related health problems, and the characterization of the approved AIH were analyzed. **Results:** A total of 2013 AIHs were considered, with male sex (50.72%) and age group  $\geq$  50 years (43.52%) more frequent. The largest number of cases was to Aparecida de Goiânia (66.57%) with the most popular day shift. The most prevalent waiting intervals were 60 min (45.11%), 1 to 6 hours (23.00%), 6 to 12 hours (5.81%), and regarding the request's opinion, 71.49% was approved and 17.14% denied. The most requested specialities were general practice (54.25%) and general sur-

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup>MSc. e PhD. em Ciências da Saúde – FM/UFG

gery (18.63%), with the most common health problems observed in the acute abdomen (8.00%), and stroke (7.65 %). The highest demand for approved AIHs was for highly complex procedures (36.00%), with cranial computed tomography (17.51%) being the most released. **Conclusions:** Problems with structure, equipment for exams and qualified labor were observed, in addition to the excessive request for highly complex exams, due to the absence of internal protocols to guide the request.

**Keywords:** Urgency. Emergency. Profile. Demand.

### INTRODUÇÃO

A definição de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas visto como a ausência de doença (OMS)<sup>1</sup>. No Brasil, para a garantia de acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) com a oferta de atendimento gratuito, acesso universal à assistência integral e prestada respeitando o princípio da equidade entre os clientes<sup>2</sup>. Além disso, com a regionalização e descentralização da gestão desse serviço, bem como sua estruturação em níveis de atenção primária, secundária e terciária, maior resolutividade das demandas envolvidas tem sido observada<sup>3</sup>.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da união de três portarias

previamente lançadas sobre o tema pela mesma entidade governamental. A partir dessa iniciativa, o serviço de urgência e emergência foi estruturado por meio de uma rede de unidades especializadas na prestação desse serviço em níveis de atenção secundária ou terciária, a depender da estruturação e da capacidade resolutiva delas. A prestação do atendimento de urgência e emergência passou a ser compartilhada entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, com regulamentação de suas atribuições através de portarias do Ministério da Saúde estabelecendo os princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços<sup>3</sup>.

O funcionamento desse sistema ocorre a partir da integração complementar de unidades assistenciais de saúde, fazendo parte da estrutura a rede pré-hospitalar, as unidades básicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família, os ambulatórios

**Tabela 1.** Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados sociodemográficos

Dados Ciodemográficos	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>													
Masculino	57	53,3	730	730	730	59,2	160	46,4	13	68,4	1021	50,72	<0,001
Feminino	50	46,9	709	709	709	40,8	185	53,6	6	31,6	992	49,28	
<b>Faixa Etária</b>													
0 – 12 anos	33	30,8	224	224	224	9,7	33	9,6	1	5,3	301	14,95	<0,001
13 – 50 anos	24	22,4	629	629	629	40,8	138	40,0	3	15,8	836	41,53	
≥ 50 anos	50	46,7	586	586	586	49,5	174	50,4	15	78,9	876	43,52	
<b>Município De Origem</b>													
Aparecida de Goiânia	73	73,0	945	945	945	64,4	245	74,5	12	66,7	1340	66,57	0,364
Goiânia	18	18,0	269	269	269	20,8	50	15,2	5	27,8	363	18,03	
Região Metropolitana	2	2,0	27	27	27	3,0	5	1,5	-	-	37	1,84	
Interior de Goiás	5	5,0	76	76	76	6,9	8	2,4	1	5,6	97	4,82	
Outro Estados	2	2,0	92	92	92	5,0	21	6,4	-	-	120	5,96	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

**Tabela 2.** Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados da solicitação.

Dados da Solicitação	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Mês da Solicitação</b>													
Janeiro	13	12,1	279	19,4	21	20,4	63	18,3	3	15,8	379	18,83	0,026
Fevereiro	19	17,8	230	16,0	12	11,7	51	14,8	1	5,3	313	15,55	
Março	19	17,8	238	16,5	20	19,4	75	21,7	3	15,8	355	17,64	
Abril	31	29,0	211	14,7	16	15,5	57	16,5	6	31,6	321	15,95	
Mai	18	16,8	248	17,2	18	17,5	52	15,1	3	15,8	339	16,84	
Junho	7	6,5	233	16,2	16	15,5	47	13,6	3	15,8	306	15,20	
<b>Período da Solicitação</b>													
Diurno	78	72,9	989	68,7	68	66,0	242	70,1	11	57,9	1388	68,95	0,638
Noturno	29	27,1	450	31,3	35	34,0	103	29,9	8	42,1	625	31,05	
<b>Período da Regulação</b>													
Diurno	75	70,1	979	68,0	70	68,0	265	76,8	10	52,6	1399	69,50	0,012
Noturno	32	29,9	460	32,0	33	32,0	80	23,2	9	47,4	614	30,50	
<b>Intervalo de Espera</b>													
60 min	3	2,8	755	52,5	3	2,9	147	42,6	-	-	908	45,11	<0,001
1 - 6 horas	10	9,3	362	25,2	21	20,4	65	18,8	5	26,3	463	23,00	
6 -12 horas	6	5,6	71	4,9	14	13,6	22	6,4	4	21,1	117	5,81	
12 - 24 horas	28	26,2	120	8,3	17	16,5	51	14,8	6	31,6	222	11,03	
24 - 48 horas	14	13,1	64	4,4	23	22,3	21	6,1	-	-	122	6,06	
≥ 48 horas	46	43,0	67	4,7	25	24,3	39	11,3	4	21,1	181	8,99	
<b>Clínica</b>													
Cardiologia	-	-	23	1,6	3	2,9	4	1,2	-	-	105	5,22	<0,001
Cirurgia Geral	9	8,4	61	4,2	10	9,7	24	7,0	1	5,3	375	18,63	
Clínica Geral	3	2,8	286	19,9	15	14,6	69	20,0	2	10,5	1092	54,25	
Neurologia	57	53,3	770	53,5	59	57,3	192	55,7	14	73,7	79	3,92	
Pediatria Clínica	3	2,8	81	5,6	3	2,9	24	7,0	1	5,3	254	12,62	
Outra	35	32,7	218	15,1	13	12,6	32	9,3	1	5,3	108	5,36	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

especializados, os serviços de diagnósticos e terapias, as unidades não hospitalares, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, e as unidades hospitalares de alta complexidade, cada qual colaborando na prestação de serviço ao cliente de urgência e emergência de acordo com sua capacidade técnica<sup>4</sup>.

O principal meio de acesso do cliente às unidades de atendimento é via “porta aberta”, onde ocorre a procura direta do serviço pelo cliente. No entanto, outras formas de acesso são

observadas, como demandas continuadas do atendimento pré-hospitalar realizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e serviço de resgate do Corpo de Bombeiros Militar, além de demanda referenciada por unidades de atenção primária. Nesse contexto, a organização das unidades de saúde deve pressupor a distribuição espacial de equipes multiprofissionais e equipamentos em concordância com a real demanda de cada localidade, sustentadas por

levantamentos epidemiológicos contínuos sobre a realidade do serviço de urgência e emergência<sup>5</sup>.

Como integrante do serviço de urgência e emergência, o atendimento Pré-Hospitalar fixo é prestado num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que podem levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, visando garantir um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquicamente organizado, regulado e integrado ao Sistema Estadual de Urgência e Emergência<sup>4</sup>. A demanda desses serviços tem sido foco de atenção e análise, principalmente pelos órgãos sanitários, pois o crescimento casos de atendimentos relacionados ao aumento no número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede, tem contribuído para o incremento de novas unidades que atendam esse perfil de usuário do SUS visando à resolução para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência em funcionamento<sup>4</sup>.

No município de Aparecida de Goiânia, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) dispõem aos usuários atendimentos ambulatoriais, bem como atendimento de urgência e emergência (24 horas), enquadrando como unidade prestadora de atendimento pré-hospitalar fixo ao atender os requisitos prévios para seu enquadramento funcional, como estruturação física com espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais para garantia de êxito no atendimento e/ou estabilização inicial das urgências demandadas na proximidade da unidade, e/ou de áreas sobre sua abrangência, e/ou a elas encaminhadas até a transferência do paciente para serviços de atendimento de maior porte<sup>4</sup>. A unidade Cais Nova Era representa a maior porta de entrada do serviço de emergência do município, há mais de 20 anos.

Alguns trabalhos têm proposto o levantamento do perfil epidemiológico dos serviços de urgência e emergência em regiões distintas do país. Nesse contexto o estudo propõe quantificar e qualificar o perfil da demanda de atendimentos por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de pacientes assistidos por uma unidade não hospitalar de urgência e emergência.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa sobre o perfil da demanda em saúde dos pacientes de uma unidade não hospitalar de urgência e emergência do município de Aparecida de Goiânia-GO. A amostra do estudo foi composta por pacientes admitidos na urgência e emergência, sem classificação de risco prévia, com atendimentos necessariamente vinculados à solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Foram avaliadas todas as AIHs solicitadas no período de 01 de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2018, sobrepondo o tamanho amostral previamente calculado (1.536 casos) a partir do total anual de AIHs solicitadas pelo serviço de urgência (4.176), admitindo-se um intervalo de confiança de 95% (IC-95%) e erro amostral de 5%. Foram incluídos pacientes de ambos os

sexos, qualquer idade, e qualquer município de origem, e excluídos casos com AIH incompleta para os dados pesquisados.

Para a coleta de dados foi utilizado a AIH, documento registrado e arquivado eletronicamente no Sistema de Regulação (SISREG) e que apresenta as especificidades de cada solicitação. Foram analisados os dados referentes ao perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária e município de origem), dados da AIH solicitada (mês da solicitação, período da solicitação e regulação, intervalo de espera, especialidade médica, e parecer da solicitação), os diagnósticos iniciais relacionados a AIH (via Classificação Internacional de Doenças-10), e a caracterização da AIH aprovada (estabelecimento executante e finalidade da AIH requerido).

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2019, sendo realizado a estatística descritiva, com a obtenção da frequência absoluta e relativa das variáveis de acordo com o parecer da solicitação, além da média e desvio padrão para a idade. Para análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação das variáveis do estudo, sendo considerado significativo  $p < 0,05$ . O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris.

## RESULTADOS

Um total de 2017 AIHs foram solicitadas no período considerado pelo estudo. Após a aplicação dos critérios de exclusão foram considerados para a amostra 2013 casos. O sexo masculino foi mais prevalente com 1021 casos (50,72%) conforme exposto na tabela 1. A idade variou de 1 a 101 anos, com média de 44,24 anos (DP±23,13). A faixa etária  $\geq 50$  anos foi significativamente mais frequente, com 43,52% dos casos, em relação as demais categorias ( $p < 0,001$ ). A faixa etária de pacientes com idades entre 13 e 49 anos (41,53%) foi a segunda mais comum. O grupo composto por crianças (0 – 12 anos) representou 14,95% da amostra. Em relação ao município de origem, o maior número de casos era de Aparecida de Goiânia com 66,57% dos registros, seguido por Goiânia com 18,03%. Um total de 120 (5,96%) pacientes foram oriundos de outros estados do país.

Não foi observada, no geral, variação no número de solicitações por mês, porém, com diferença na distribuição apenas para o mês de janeiro (18,83%) (Tabela 2). Quanto ao período para a solicitação e regulação das AIHs, notou-se o turno diurno como o mais frequente com 68,95% e 69,50% dos casos, respectivamente. Os intervalos de espera mais prevalentes para o parecer da regulação foram 60 min (45,11%), 1 a 6 horas (23,00%), 6 a 12 horas (5,81%), e 12 a 24 horas (11,03%). Um total de 303 pacientes (15,05%) foram mantidos sob observação na unidade por mais de 24 horas até a liberação do parecer da vaga solicitada.

Em relação ao parecer da solicitação das AIHs, um total de 71,49% teve parecer aprovado, enquanto 17,14% foi negada. Cerca de 5,32% dos pacientes receberam alta, e 5,12% evadiram do local. Um total de 0,94% das solicitações foi composta por pacientes que evoluíram para óbito. As especialidades solicitadas com maior frequência foram a clínica geral (54,25%),

**Tabela 3.** Distribuição dos das AIHs de acordo com os agravos de saúde

Agravos de Saúde – (Cid-10)	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Abdome Agudo	1	0,9	143	9,9	2	1,9	14	4,1	1	5,3	161	8,00	
Acidente Vascular Cerebral	3	2,8	133	9,2	3	2,9	15	4,3	1	5,3	154	7,65	
Outros Traumatismos Intracranianos	-	-	123	8,5	1	1,0	7	2,0	-	-	130	6,46	
Pneumonia Não Especificada	25	23,4	69	4,8	7	6,8	21	6,1	1	5,3	123	6,11	
Dengue	12	11,2	55	3,8	9	8,7	13	3,8	1	5,3	90	4,47	
Calculose Do Rim	-	-	30	2,1	0	0	6	1,7	-	-	36	1,79	<0,001
Infecção do Trato Urinário de Localização	5	4,7	20	1,4	1	1,0	9	2,6	-	-	35	1,74	
Febre Hemorrágica Devida ao Vírus da Dengue	-	-	25	1,7	3	2,9	3	0,9	-	-	31	1,54	
Apendicite Aguda Sem Outra Especificação	-	-	20	1,4	-	-	1	0,3	-	-	25	1,24	
Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado	1	0,9	18	1,3	2	1,9	4	1,2	-	-	25	1,24	
Outros Agravos	60	56,1	803	55,8	75	72,8	252	73,0	15	78,9	1203	59,76	
Interior de Goiás	5	5,0	76	5,3	76	73,8	8	2,4	1	5,3	97	4,82	
Outro Estados	2	2,0	92	6,4	92	89,3	21	6,1	-	-	120	5,96	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

cirurgia geral (18,63%), pediatria (12,62%) e cardiologia (5,22%) (Tabela 2). Os diagnósticos iniciais mais observados foram abdome agudo (8,00%), acidente vascular cerebral (7,65%), outros traumatismos intracranianos (6,46%), pneumonia não especificada (4,47%) e dengue (4,47%) (Tabela 3).

Em relação às AIHs aprovadas, a maior demanda de casos foi encaminhada para estabelecimentos de saúde públicos com 76,86% (Tabela 4). Os estabelecimentos privados representaram 19,88%, e os filantrópicos 2,57%. Os serviços mais requeridos para as AIHs aprovadas foram para procedimentos de alta complexidade (36,00%), sendo a tomografia computadorizada de crânio (17,51%) e tomografia computadorizada de abdome (13,13%) os exames mais liberados (Tabela 5). A avaliação por especialista em caráter de urgência representou 35,86% dos casos do estudo, sendo observada maior requisição para a cirurgia geral (18,07%), vascular (3,61%) e pediatria (2,64%). A real demanda por internação hospitalar representou 25,85% das aprovações, sendo 21,13% em leitos de enfermaria,

2,71% em leitos de unidade de terapia intensiva, e 2,02% em leito de estabilização. Um total de 2,29% das AIH's aprovadas foi designada para consultas eletivas, com a urologia (1,18%) representando a especialidade mais frequente.

## DISCUSSÃO

A literatura tem demonstrado uma distribuição assimétrica quanto a casuística de casos atendidos pelas unidades não hospitalares de urgência e emergência. Para tanto, Castro et al, (2016) demonstraram semelhança ao presente trabalho, que pode ser justificada em função da estruturação assistencial de saúde aos usuários dos respectivos estabelecimentos onde foram realizados esses estudos, com a maior oferta de procedimentos que objetivam a assistência integral ao cliente.

O estudo observou maior demanda de solicitação de AIHs para indivíduos do sexo masculino, fato já observado em outros estudos<sup>6,7,8</sup>. Entretanto, a maior preocupação com a saúde é um marco cultural entre as mulheres, que tendem a

**Tabela 4.** Distribuição dos casos de acordo com as característi-

Características da AIH Aprovada	60 min (N = 755)		1 – 6 h (N = 362)		6 – 12 h (N = 71)		12 – 24 h (N = 120)		24 – 48h (N = 64)		> 48 h (N = 67)		Geral (N = 1439)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Finalidade da AIH															
Avaliação de Urgência	288	56,9	123	24,3	12	2,4	43	8,5	23	4,5	17	3,4	506	100,0	<0,001
Consulta	13	39,4	10	30,3	5	15,2	4	12,1	-	-	1	3,0	33	100,0	
Exames de Alta	292	55,3	138	26,1	31	8,3	28	5,3	23	4,4	24	4,5	528	100,0	
Complexidade															
Internação	162	43,5	91	24,5	23	4,4	45	12,1	18	4,8	25	6,7	372	100,0	
Estabelecimento															
Executante															
Público	605	54,2	287	25,7	45	4,0	81	7,3	50	4,5	48	4,3	1116	100,0	
Privado	131	45,8	66	23,1	24	8,4	37	12,9	13	4,5	15	5,2	286	100,0	0,004
Filantropico	19	51,4	9	24,3	2	5,4	2	5,4	1	2,7	4	10,8	37	100,0	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

maior procura por esse serviço. Todavia, os homens são motivados ao atendimento médico, na maioria das vezes, apenas em situações de agravamento da saúde, como as que levam à internação hospitalar de emergência. Além disso, Dantas et al (2019) demonstrou ainda que o maior envolvimento de homens em acidentes diversos podem relacionar a maior demanda desse grupo junto às unidades de saúde de urgência e emergência<sup>9</sup>, o que pode justificar a representatividade desses indivíduos nesses estudos.

Não há coesão, e tampouco referencial metodológico para a forma de agrupamento dos indivíduos analisados pelos estudos em relação à faixa etária, comprometendo assim a comparação entre autores. A distribuição etária considerada nesse trabalho foi a evolução fisiológica do ser humano com o amadurecimento e envelhecimento. Nesse contexto, foi observado nesse estudo que indivíduos na faixa etária acima de 50 anos foram os mais frequentes para solicitação de AIH.

O avanço da tecnologia tem contribuído significativamente para o desenvolvimento mundial, em especial para área médica<sup>10</sup>. O aprimoramento dos métodos diagnósticos e a proposição de alternativas de tratamento têm permitido a elevação da expectativa de vida da população, no entanto, é factível que o processo de envelhecimento provoca a debilidade dos sistemas orgânicos, tornando a pessoa idosa a mais vulnerável ao aparecimento de algumas patologias, principalmente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>11</sup>. Dentro desse grupo, o Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio representam as principais causas de mortalidade na terceira idade, e consequentemente contribui para a casuística de sua maior demanda junto às unidades não hospitalares de urgência e emergência<sup>12</sup>. Nessa linha de pensamento, os dados encontrados no estudo reafirmam a associação entre

a incidência de doença com a progressão da idade.

Por outro lado, no Brasil a população economicamente ativa é composta por indivíduos de 15 a 64 anos<sup>13</sup>, e que considerando tal situação, a maior parte desse interstício englobaria a segunda faixa etária mais prevalente do presente estudo, sujeitando os indivíduos em exercício de suas atividades laborais a acidentes de trabalho, e consequentemente responsável pela procura por atendimento em unidades de urgência e emergência, que pode explicar sua alta prevalência no estudo.

O desenvolvimento urbano está associado a correntes migratórias de forma desordenada na ocupação espacial, sendo o processo de conurbação inerente a esse fenômeno<sup>14</sup>. Por ser a universalidade um princípio doutrinário do SUS, o direito ao atendimento em saúde independente da origem influencia, devido a questão de logística de localização da unidade de saúde, na demanda de atendimentos de indivíduos de municípios de origem diversos. Além disso, a pactuação intermunicipal para a prestação dos serviços de saúde em níveis descentralizados e hierarquizados prevê a contemplação desse fluxo<sup>15</sup>.

Nesse contexto, os estudos têm observado maior demanda do serviço de urgência e emergência para usuários residentes no município sede do estudo, porém, usuários de outras localidades também obtiveram representatividade<sup>16, 17</sup>. O município de Aparecida de Goiânia, no período entre 1963 e 2010, apresentou crescente conurbação com a capital Goiânia<sup>18</sup>, e a localização da unidade de saúde em ponto estratégico próximo a um terminal de ônibus (Terminal do Cruzeiro), com grande fluxo de passageiros e importante interligação na mobilidade urbana com a região metropolitana, contribuiu para o elevado índice de atendimentos da população adstrita.

Outro aspecto importante demonstrado pelo estudo foi o período de solicitação e liberação da vaga, sendo o turno

**Tabela 5.** Distribuição das AIHs aprovadas de acordo com a finalidade da requisição.

FINALIDADE DA REQUISIÇÃO	AIHS APROVADAS (N = 1439)	
	N	%
<b>Avaliação de Urgência</b>		
Avaliação – Cirurgia Geral	260	18,07%
Avaliação – Vascular	52	3,61%
Avaliação – Pediatria	38	2,64%
Avaliação – Infectologia	31	2,15%
Avaliação – Cirurgia Pediátrica	30	2,08%
Avaliação – Neurologia	20	1,39%
Avaliação – Ortopedia	19	1,32%
Avaliação – Urologia	17	1,18%
Avaliação – Ginecologia e Obstetrícia	13	0,90%
Avaliação – Bucomaxilofacial	8	0,56%
Avaliação – Outras especialidades	28	0,76%
<b>Consulta Agendada</b>		
Consulta – Urologia	17	1,18%
Consulta – Oncologia	7	0,49%
Consulta – Cardiologia	2	0,14%
Consulta – Hematologia	2	0,14%
Consulta – Ortopedia	2	0,14%
Consulta – Nefrologia	1	0,07%
Consulta – Neurologia	1	0,07%
Consulta – Proctologia	1	0,07%
<b>Procedimentos</b>		
Tomografia Computadorizada – Crânio	252	17,51%
Tomografia Computadorizada – Abdome	189	13,13%
Tomografia Computadorizada – Tórax	29	2,02%
Angiotomografia – Tórax	20	1,39%
Procedimento – Hemotransfusão	18	1,25%
Procedimento – Hemodiálise	9	0,63%
Tomografia Computadorizada – Coluna	1	0,07%
<b>Internação</b>		
Internação – Enfermaria	304	21,13%
Internação – UTI	39	2,71%
Internação – Estabilização	29	2,02%

diurno o mais frequente. No entanto, a maior prevalência pode ser justificada pelo serviço requerido pela maioria das solicitações, que estão diretamente relacionadas a exames complementares ou procedimentos de alta complexidade, cuja disponibilização de vagas está condicionada ao período de funcionamento das unidades da rede de urgência e emergência executantes das AIHs, que funcionam majoritariamente no

período diurno, com restrição do quantitativo de vagas para o turno noturno, tanto para a realização, quanto para a liberação dos resultados.

Os dados do trabalho apresentam limitação quanto à definição de resolutividade do caso a partir da análise do intervalo de espera pelo parecer da solicitação. O estudo apontou que a maior parte dos casos obteve o parecer dentro de 24 horas.

Entretanto, o intervalo de espera não é uma projeção real para resolução completa do tratamento do gravo de saúde proposto, exceto para os casos de internação hospitalar direto. Nesse contexto, o tempo decorrido para a maioria dos casos desde a entrada na unidade até a destinação final seria superior ao apresentado inicialmente, considerando a vinculação de outras AIHs a um mesmo paciente para avaliação de urgência e/ou realização de outros procedimentos prévios para a complementação de informações diagnósticas, anteriormente à liberação de vaga para o tratamento definitivo.

Em relação à especialidade médica de encaminhamento da AIH, os estudos têm demonstrado prevalência para a clínica geral e a cirurgia geral<sup>17</sup>. O presente estudo observou que a avaliação pela cirurgia ou clínica geral está condicionada à regulação de vaga concomitante para a realização da maioria dos exames, como a tomografia computadorizada, pois são o meio de acesso às demais áreas especializadas em todas as unidades hospitalares. Porém, a pesquisa observou ainda que a lógica do sistema para casos de vaga para avaliação pela cirurgia geral concomitante com a solicitação de tomografia, por exemplo, estaria relacionada a celeridade na liberação da vaga, o que compromete o fluxo do paciente para resolução do caso, levando em consideração que nem todos que fizeram a tomográfico precisara de avaliação com o cirurgião geral.

O diagnóstico inicial de maior prevalência no estudo foi o Abdome Agudo. Algia abdominal aguda ou progressiva, bem como condições traumáticas e não traumáticas são situações clínicas que direcionam a conduta inicial a ser realizada no paciente com hipótese diagnóstica de abdome agudo<sup>19</sup>. Diante dessa definição, essas características clínicas podem ter sido observadas pela equipe médica do cais nova era ao diagnosticar e solicitar AIH para essa manifestação clínica.

Uma razão para o impacto significativo dessa casuística é o registro para quase todos os casos relacionados a trauma abdominal, de uma solicitação de vaga para a realização de tomografia de abdome total. Entretanto, o exame clínico acurado, associado aos sinais e sintomas de reconhecimento necessário pelo médico diante da hipótese diagnóstica são fundamentais para o diagnóstico<sup>20</sup>, apontando para a necessidade da percepção profissional sobre a utilização equivocada de alguns encaminhamentos, com a necessidade de melhor justificativa para solicitação de vaga para resolução desse tipo de doença.

O Acidente Vascular Cerebral é a terceira causa de morte em adultos no mundo segundo a Organização Mundial de Saúde. Além disso, o estresse inerente a vida adulta traz consigo fatores de risco como o tabagismo, a hipertensão arterial sistólica e a dislipidemia, que provocam maior susceptibilidade para a ocorrência desse agravo de saúde, principalmente a partir da terceira idade<sup>21</sup>. Isso pode justificar o AVC como segundo motivador mais frequente para solicitação de AIH do estudo proposto, considerando a faixa etária mais prevalente, bem como a maior previsibilidade de ocorrência diante de pressupostos epidemiológicos. Em relação ao AVC observado no estudo, sua tipologia como hemorrágico e isquêmico não foi especificado, no entanto, para ambos há recomendação

para exames de imagem tomografia de crânio<sup>22</sup>, cuja finalidade foi observado na pesquisa entre as causas de solicitação de AIH mais frequentes.

Outro agravo frequente observado pelo estudo foi o traumatismo intracraniano, cuja admissão no cais é em grande parte oriundo de atendimentos pré-hospitalares, com causa relacionada principalmente à acidentes automobilísticos em adultos jovens e do sexo masculino<sup>9</sup>. Semelhante à abordagem inicial do paciente suspeita de AVC, encaminhamento para a realização de exame tomográfico são solicitados para esse público, mais uma vez impactando significativamente a frequência de AIHs aprovadas com finalidade direcionada para exames tomográficos complementar ao diagnóstico. No entanto, um grande volume de laudos dos exames solicitados descreve achados com aspecto de normalidade, condicionando essas ocorrências a exposição desnecessária do paciente a radiação por falta de exame físico adequado que norteará ou não a necessidade, ou mesmo a não adoção de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para as demandas da unidade<sup>23</sup>.

O estudo demonstrou uma quantidade elevada de AIH negada pelo sistema de regulação. Na base desse problema, nota-se que o Cais não dispõe de equipe fixa de médicos para os atendimentos, nem conta com a presença de especialistas em área de urgência e emergência, e de outras áreas que demandam grande fluxo de atendimentos para esse tipo de unidade, como a cardiologia e a neurologia para melhor enquadramento diagnóstico dos casos em relação à necessidade real de encaminhamentos.

Além disso, o perfil profissional do médico atuante nas unidades de pronto atendimento reflete quase em sua totalidade uma composição rotativa de recém formados<sup>16</sup>, cuja inexperiência impacta significativamente na assistência dos pacientes que aguardam a liberação de AIH pelo SisReg, pois devido a descontinuidade do atendimento, o médico do plantão do dia/noite seguinte desconhece o quadro clínico que motivou a solicitação da AIH, e as vezes, não promove a reavaliação dos casos com inconsistência de dados clínicos para proposição de mudança ou a inclusão de novos dados clínicos solicitados pelo médico regulador para a liberação da vaga pelo sistema.

Os estudos demonstram um quantitativo elevado para casos com evolução para alta médica. A alta dos pacientes se justifica por melhora do quadro clínico antes da liberação da vaga solicitada, pois as unidades que deveriam referenciar acabam por realizar os tratamentos<sup>24</sup>. Por outro lado, a evasão representa a desistência não comunicada da vaga por parte dos pacientes motivados por diversas situações que não é acessível a partir do banco de dados utilizado como instrumento e que, portanto, não permite justificativas conclusivas nesse estudo para essa variável. O presente estudo observou distribuição semelhante entre a alta médica e a evasão, sendo pouco observado os casos de óbitos, relacionados principalmente ao agravamento da condição clínica associada à instabilidade do paciente para transporte entre unidades.

A maior parte de aprovação das AIHs do estudo estão relacionadas com a autorização para procedimentos de alta complexidade. As unidades não hospitalares de atendimento

em urgência e emergência 24 horas, de acordo com o porte de assistência, devem dispor do serviço de radiologia no bloco de apoio diagnóstico, porém a articulação em rede dessas unidades prevê um processo de hierarquia quanto à oferta desse serviço, mediante ao seu custo de execução<sup>25</sup>. No entanto, há uma recomendação para a garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais, que pôde ser observado como satisfatório pelo presente estudo, mediante a liberação de vaga para os procedimentos num intervalo de tempo inferior a 6 horas para quase totalidade dos casos.

O processo de gestão de pessoas cria uma tensão constante entre o incentivo para crescimento individual em sinergia ao desenvolvimento coletivo, pois favorece com mecanismos compensatórios pelo cumprimento de metas<sup>26</sup>. Nesse contexto, somado à carência de recursos físicos nas unidades de urgência não hospitalares e à inexperiência profissional, a cobrança por produtividade atrelada a demanda dos problemas apresentados pelos pacientes pode levar a um exame físico insuficiente pelo médico, sendo pertinente a solicitação de exames com deficiente preenchimento dos dados referentes ao caso, como a tomografia computadorizada, cujos resultados em grande demonstram aspectos de “normalidade”<sup>27</sup>. Assim, para a resolução temporária do problema de superlotação do serviço de urgência, e consequentemente cumprimento da meta estabelecida, bem como ganho de tempo para a correta devolutiva do diagnóstico do caso pode levar a maior frequência de AIHs com finalidade direcionada para a realização de exames de alta complexidade, como no presente estudo.

Os resultados apontam ainda para uma grande demanda não qualificada como perfil de urgência e emergência, que pode ser comprovada pelo alto índice de AIH's com finalidade de atendimentos eletivos como consultas realização de procedimentos, que deveriam ser vistos numa perspectiva assistencial, cuja disponibilidade deve ser assegurada pela unidade de atenção primária à saúde, não condicionando a permanência do paciente sob observação em uma unidade de urgência e emergência enquanto aguarda por esses serviços. Entretanto, a maior parte dos estudos demonstram uma real subutilização das unidades de pronto atendimento em detrimento à sua proposta de funcionamento inicial, que tem na destinação da internação em enfermaria ou unidade de terapia intensiva sua atividade fim<sup>24</sup>.

No contexto de prestação de serviços, as unidades executoras das AIHs foram em sua maioria públicas, e isso aponta a efetividade da construção pactuada da disponibilização dos serviços de saúde em níveis hierárquicos de complexidade conforme prerrogativa da Rede de Urgência e Emergência. A indisponibilidade de vagas especializadas para alguns agravos em saúde pelo serviço público, tem sido provida pela discreta participação do serviço privado e filantrópico na atenção de saúde do paciente em tal condição, conforme previsto pelo SUS<sup>28</sup>. no entanto, nota-se que as relações entre público e privado analisadas apenas pelos aspectos quantidade de unidades, atividades desenvolvidas, recursos humanos e financeiros

empregados são subjetivos aos interesses e negociações pactuados entre os gestores e suas decisões políticas, que apresentam limitações para compreender a estrutura de um sistema de saúde desigual e segmentado das relações políticas que os reproduzem<sup>29</sup>.

## CONCLUSÕES

O estudo observou maior frequência para o sexo masculino, na faixa etária >50 anos e oriundos de Aparecida de Goiânia e Goiânia. Quando analisado os dados relacionados à solicitação das AIHs, o período diurno foi o mais frequente para a procura de atendimento e, consequentemente, solicitação de AIH, com a maior parte dos casos recebendo o parecer de solicitação em 60 min, seguido por 1 a 6 horas, com a clínica geral e a cirurgia geral as especialidades mais envolvidas nesse processo.

Quanto aos agravos de saúde, o estudo notou como mais frequente o abdome agudo, seguido por acidente vascular cerebral e outros traumatismos cranianos. No que tange a caracterização das AIHs aprovadas, notou-se maior número de casos relacionados a avaliação de urgência e realização de exames de alta complexidade, com baixo direcionamento para internação. Além disso, os estabelecimentos públicos de saúde foram os mais frequentes para os encaminhamentos relacionados, seguido pelo serviço privado.

## REFERÊNCIAS

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de Saúde. Rev Saúde Pública 1997; 31(5):539-542.
2. Brasil. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: 2003.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Assistência de média e alta complexidade. Brasília: 2011.
5. Coelho MF, Goulart BF, Chaves LDP. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. Rev Rene 2013; 14(1):50-59.
6. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde 2016; 5(2):115-124.
7. Gomes LL, Volpe FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. Rev Med Minas Gerais 2018; 28(5):105-116.
8. Lima SBS, Magnago TSBS, Schardong AC, Peres RR, Ceron MDS, Prochnow A, Scalcon CB, Vieira TG. Perfil

- clínico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Saúde (Santa Maria)* 2013; 39(1):77-86.
9. Dantas GSV, Rios MA, Silva JK, Pereira DC, Fonseca EOS. Perfil dos acidentes motociclísticos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos anos de 2014 e 2015 em município baiano. *J. Res.: Fundam. Care.* 2019;11(4): 984-991.
  10. Motta e Albuquerque E, Souza SGA, Baessa AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(2):277-294.
  11. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2016; 19(3):507-519.
  12. Mansur AP, Favarato D, Souza MFM, Avakian SD, Aldrighi JM, César LAM, Ramires JAF. Tendência do Risco de Morte por Doenças Circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(6):497-503.
  13. Brasil. Congresso Nacional-Câmara dos Deputados. Brasil 2050 desafios de uma nação que envelhece. Brasília: 2017.
  14. Santos AE, Peixinho DM. Processo de conurbação: elementos espaciais do fenômeno em área não metropolitana. *Estudos Geográficos* 2015; 13(1):35-52.
  15. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 07 jul.
  16. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad. Saúde Colet* 2015; 23(4):416-424.
  17. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2):261-267.
  18. Santos GS. Aparecida de Goiânia 1963-2010: a consolidação de uma cidade de fronteira [dissertação de mestrado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.
  19. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen Agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40(3):358-367.
  20. Meneghelli UG. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003; 36:283-293.
  21. Berella RP, Duran VAA, Pires AJ, Duarte RO. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVCACM. *Arq. Catarin Med* 2019; 48(1):131-143.
  22. Cavalcante LMM, Filho ETA. Análise de métodos interpretativos da tomografia computadorizada de crânio na emergência: revisão integrativa. [trabalho de conclusão de curso]. Alagoas: Universidade Tiradentes; 2019.
  23. Aquino AP. Tomografia de crânio em situações de urgência: necessidade de diagnóstico versus custos e radiação. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Centro Universitário Christus; 2019.
  24. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2019; 29(2):1-24.
  25. Brasil. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União* 2002;12 nov.
  26. Martiningo Filho A, Siquiera MVS. Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. *Revista de Administração Mackenzie* 2008; 9(5):11-34.
  27. Silva HS, Oliveira FKF, Prado LOM, Santos MA, Reis FP. Tomografia computadorizada de abdome na urgência: o uso exagerado das tecnologias médicas e a desvalorização do diagnóstico clínico. *Revista Brasileira De Educação Médica* 2019; 43(1):505-512.
  28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
  29. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde Debate* 2018. 42(3):158-171.