

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CHARACTERIZATION OF THE URGENCY AND EMERGENCY SERVICES IN EMERGENCY CARE UNITS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

WEBSE DA MOTA COSTA¹, HIDECAZIO DE OLIVEIRA SOUSA¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹

RESUMO

Objetivo: Dimensionar o panorama atual da demanda das Unidades de Pronto Atendimento nas diferentes regiões do Brasil por meio dos trabalhos publicados sobre a temática. *Métodos:* Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as demandas das Unidades de Pronto Atendimento, com levantamento bibliográfico a partir das ferramentas de busca Medline, Scielo, Google Scholar e Biblioteca Virtual de Saúde, sendo utilizados os descritores de busca "UPA", "Perfil", "Demanda", "Urgência", "Emergência", "AIH". Foram considerados para análise os dados referentes a caracterização do estudo, aspectos sociodemográficos da população, demanda clínica e as considerações finais. *Resultados:* Após busca nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade um total de 7 estudos foram selecionados, correspondendo a 5 artigos originais e 2 trabalhos de conclusão de curso. *Conclusões:* Observou-se a necessidade de conscientização dos usuários sobre a real atribuição das unidades de urgência e emergência, pois procedimentos de baixa complexidade deve ser prestados pela atenção primária, bem como por falta de legislação que regulamente a autonomia dos profissionais de enfermagem para o encaminhamento dos pacientes para unidades de menor complexidade sem a necessidade de avaliação prévia da equipe médica.

DESCRITORES: UPA. PERFIL. DEMANDA. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

ABSTRACT

Aim: The authors dimension the current features of the demand for Emergency Care Units in different regions of Brazil through published papers about the theme. *Methods:* It is an integrative review of the literature from demands of the Emergency Care Units, with bibliographic survey using the search tools Medline, Scielo, Google Scholar and Virtual Health Library, being used the search descriptors "UPA", "Profile", "Demand", "Urgency", "Emergency", "AIH". The data referring to the characterization of the study, sociodemographic features of the population, clinical demand and final considerations were considered for analysis. *Results:* After searching the databases and applying the eligibility criteria, a total of 7 studies were selected, corresponding to 5 original articles and 2 course completion papers. *Conclusions:* There was a need to make users aware of the real assignment of the emergency units, as low complexity procedures must be provided by primary care, as well as the lack of legislation that regulates the autonomy of nursing professionals for referral of patients to less complex units without the need for prior evaluation by the medical team.

KEYWORDS: UPA. PROFILE. DEMAND. URGENCY AND EMERGENCY.

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência e emergência na saúde pública tem apresentado avanços importantes para o cumprimento dos princípios doutrinários e organizacionais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a

partir da instituição da Rede de Urgências e Emergências (RUE) em 2011, buscou-se garantir a integralidade do atendimento aos usuários de forma ágil e eficiente objetivando prover a atenção qualificada à saúde a toda população brasileira¹.

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

A hierarquização e descentralização do SUS contemplam a distribuição dos atendimentos de acordo com níveis de atenção à saúde considerando a variação regional do padrão dos agravos em saúde, o que pode ser observado também em relação aos procedimentos de urgência e emergência, com atribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para casos de menor repercussão clínica, com referência de casos mais graves à outras unidades da rede².

Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram propostas como alternativa descentralizadora, promovendo atendimentos de saúde de complexidade intermediária, sendo parte da rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Assim, pacientes anteriormente encaminhados diretamente à rede hospitalar e, conseqüentemente, causando superlotação e indisponibilidade de vagas para situações clínicas realmente enquadráveis pela logística do sistema, agora são passíveis de resolução por essas unidades³.

Alguns estudos têm sido conduzidos sobre a temática, entretanto, os dados observados nem sempre são comparáveis diante da variabilidade de abordagens, principalmente em relação às variáveis analisadas neste estudo. O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura de forma integrativa e demonstrar aspectos relacionados à demanda do serviço de urgência e emergência nas unidades não hospitalares, com foco nas unidades de pronto atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o perfil ou demandas das unidades de pronto atendimento. O levantamento bibliográfico foi realizado entre novembro e dezembro de 2019 utilizando-se às ferramentas de busca Medline, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores de busca foram “UPA”, “Perfil”, “Demanda”, “Urgência”, “Emergência”, “AIH”, sendo utilizados os operadores booleanos “and” e/ou “or” entre as palavras-chave.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: artigos originais publicados e indexados nos bancos de dados de busca na íntegra em português ou inglês entre 2013 e 2019; artigos que retratassem a temática sobre o perfil de atendimento e/ou demanda em Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso com abordagem do assunto.

Foram excluídos do estudo artigos de opinião, artigos no prelo, artigos duplicados, artigos que não contemplaram quatro ou mais variáveis em estudos previamente estabelecidos, com dados obtidos por meio de aplicação de questionários, e com população de estudo direcionada para grupos etários, sexo e situações de diagnósticos específicos.

Para análise dos estudos foram considerados os dados referentes à caracterização metodológica (autoria, local e período do estudo, tipo de produção científica, tipo de estudo e instrumento de pesquisa), dos aspectos sociodemográficos da população do estudo (número de casos, sexo, faixa etária e turno de demanda), da demanda clínica (agravos de saúde e evolução do paciente), bem como as considerações finais dos autores.

Os estudos foram analisados quanto ao preenchimento dos critérios de elegibilidade por meio da leitura do título e do resumo e, a partir do enquadramento proposto, foram avaliados na íntegra, com a extração e organização dos dados.

RESULTADOS

Após busca nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade, um total de sete estudos foram selecionados, sendo os dados de caracterização metodológica dos estudos apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com a caracterização metodológica

| AUTORIA DO ESTUDO | LOCAL E PERÍODO | TIPO DE ESTUDO | INSTRUMENTO DE PESQUISA |
|-----------------------|-----------------------------------|---|---|
| Konder et al., 2019 | Rio de Janeiro – RJ 2016-2017 | Estudo Transversal Descritivo Quanti Qualitativo | Bases de dados SISREG Plataforma SMS-Rio |
| Brasil et al., 2019 | Iguatu – CE 2017 | Estudo Transversal Descritivo Quantitativo | Prontuário Eletrônico |
| Oliveski et al., 2017 | Palmeira das Missões – RS 2016 | Estudo Transversal Descritivo Quantitativo | Prontuário Eletrônico |
| Machado et al., 2015 | Ouro Preto – MG 2012 | Estudo Transversal Descritivo-Analítico Quantitativo | Prontuário Eletrônico |
| Garcia et al., 2014 | Ribeirão Preto – SP 2012 | Estudo Transversal Descritivo Quantitativo | Fichas de Atendimento |
| Santos et al., 2017 | Maceió – AL 2016-2017 | Estudo Transversal Descritivo Quantitativo | Prontuário Eletrônico |
| Oliveira., 2019 | Tramandaí – RS 2018-2019 | Estudo Transversal Descritivo Quantitativo | Fichas de Atendimento |

O ano de coleta dos dados variou de 2012 a 2019, contemplando municípios da região Nordeste^{4,5}, Sul^{6,7} e Sudeste^{8,9,10}. Um total de cinco publicações foram no formato de artigos originais^{4,6,8,9,10} e dois como trabalho de conclusão de curso^{5,7} (um de graduação e um de pós-graduação). Os instrumentos de pesquisa foram distintos, com maior frequência para a utilização de prontuários eletrônicos vinculados aos sistemas de informações dos próprios locais estudados. Um estudo utilizou a plataforma de base de dados do Sistema de Regulação (SIS-REG)⁸, e outro baseou-se em dados de fichas de atendimento⁷.

Quadro 2. Distribuição dos estudos de acordo com os dados sociodemográficos

| AUTORIA DO ESTUDO | NÚMERO DE CASOS | SEXO | FAIXA ETÁRIA | TURNO DA DEMANDA |
|-----------------------|-----------------|------------------------|---|---|
| Konder et al., 2019 | 26.286 | Não Contempla | Não Contempla | Não Contempla |
| Brasil et al., 2019 | 516 | F – 51,9% M – 48,1% | ≤ 19 – 40,7% 20-29 – 7,7% 30-39 – 15,5% 40-49 – 12,7% ≥ 50 – 20,9% | Não Contempla |
| Oliveski et al., 2017 | 8.400 | F – 52,3% M – 47,9% | ≤ 10 – 18,5% 15-49 – 48,9% > 50 – 29,3% | Diurno – 62,0% Noturno – 37,9% |
| Garcia et al., 2014 | 791 | F – 58,9% M – 41,1% | 15-24 – 24,7% 25-44 – 38,1% 45-64 – 27,2% ≥ 65 – 10,0% | Madrugada – 3,5% Manhã – 40,6% Tarde – 34,8% Noite – 21,0% |
| Garcia et al., 2014 | 477 | F – 53,7% M – 46,3% | < 20 – 6,9% 20-29 – 23,9% 30-39 – 17,2% 40-49 – 14,7% 50-59 – 14,3% ≥ 60 – 23,1% | Madrugada – 8,2% Manhã – 38,2% Tarde – 32,9% Noite – 20,8% |
| Santos et al., 2017 | 82.364 | F – 55,0% M – 45,0% | ≤ 14 – 21,6% 15-49 – 56,2% ≥ 50 – 22,0% | Não Contempla |
| Oliveira., 2019 | 385 | F – 50,3% M – 49,7% | ≤ 24 – 19,0% 25-59 – 54,0% ≥ 60 – 27%,0 | Manhã – 30,8% Tarde – 42,1% Noite – 27,2% |

Em relação à distribuição sociodemográfica, o número de casos amostrados variou consideravelmente entre os estudos, conforme pode ser observado no quadro². O sexo feminino foi o mais prevalente em todos os estudos, com a faixa etária variável e não padronizada quanto à forma de agrupamento. Os turnos da demanda dos atendimentos dos pacientes foram distribuídos em diurno ou noturno em um estudo⁶, e em manhã, tarde, noite e madrugada em outros três^{7,9, 110}. Alguns autores, entretanto, não contemplaram a abordagem dessa categoria^{5,8}.

Os estudos apresentaram os agravos de saúde motivadores das demandas de atendimento de forma distinta, com trabalhos agrupando doenças por capítulo do CID-10^{9,10}, queixa principal⁷ ou doenças mais comuns entre os sistemas corporais^{4,5,6,8}, apresentados de acordo com o quadro 3.

As doenças respiratórias, cardiovasculares e osteomusculares foram as mais comuns entre os estudos. Em relação à evolução do paciente, os estudos apontaram como mais frequente a alta médica^{6,9,10}, internação em clínica geral ou em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)^{6,8,9,10}, encaminhamento para especialidades^{6,9,10} e retorno a atenção básica de saúde^{9,10}.

Embora recentes as mudanças implantadas pela RUE, foram localizados poucos estudos que analisaram a demanda do atendimento prestado pelas UPAs. Os autores não apresentam padronização quanto ao estudo de variáveis e metodologias re-

produtíveis, principalmente por permitir melhor discussão considerando as diferenças loco-regionais da população atendida.

O número de atendimentos observados nos estudos reflete a realidade brasileira no que se refere ao fenômeno da superlotação do serviço público de saúde, que possui como marco o elevado tempo de permanência do usuário nas unidades, cujas causas mais observadas são a falta de leitos e o atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes¹¹. Nesse contexto, Konder et al. (2019) descreveram uma casuística considerável de situações avaliadas em UPAs da cidade do Rio de Janeiro, enquanto Oliveira et al. (2019) observaram no período estudado um valor discreto para uma cidade do Rio Grande do Sul.

No entanto, a densidade demográfica das cidades é referência para o padrão de distribuição do número e padrão de UPA a ser instalada no município, o que afeta diretamente essa diferença³. Além disso, observou-se ausência de publicações, dentro dos critérios instituídos, para as regiões Centro-Oeste e Norte do país, cuja variação regional de distribuição dos casos e doenças de motivação da demanda mais comuns não puderam ser avaliadas.

A virilidade, invulnerabilidade e força são características atribuídas ao sexo masculino, e nesse sentido os colocam culturalmente como incompatíveis com sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, pensadamente demonstrado pela procura dos serviços de saúde, bem como causar aproximação de aspectos típicos da feminilidade na visão do homem¹².

Quadro 3. Distribuição dos estudos de acordo com os agravos de saúde

| AUTORIA DO ESTUDO | AGRAVOS DE SAÚDE | EVOLUÇÃO DO PACIENTE |
|-----------------------|--|--|
| Konder et al., 2019 | Infarto agudo do miocárdio não especificado Acidente vascular cerebral não especificado Pneumonia bacteriana não especificada Pneumonia não especificada Edema pulmonar não especificado | Internação em UTI – 5.969 Internação em Clínica Geral – 20.317 |
| Brasil et al., 2019 | Lombalgia – 16,6% Cefaleia – 13,1% Amigdalite – 12,4% | Não Contempla |
| Oliveski et al., 2017 | Sistema Respiratório – 21,3% Sistema Digestório – 18,3% Trauma – 11,3% Sistema Neurológico – 7,3% Sistema Cardiovascular – 5,4% | Alta – 89,7% Internação – 3,9% Evasão – 2,8% Especialidade – 1,9% |
| Machado et al., 2015 | Doenças do aparelho respiratório – 26,9% Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 15,4% Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos – 12,4% | Alta – 78,7% Especialidade – 11,0% Atenção primária – 8,2% Internação – 2,1% |
| Garcia et al., 2014 | Doenças do aparelho respiratório – 73 Algumas doenças infecciosas e parasitárias – 57 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 39 | Alta – 90,8% Especialidade – 4,0% Clínica geral – 4,0% Atenção primária – 1% Óbito – 0,2% Internação – 2,1% |
| Santos et al., 2017 | Gastroenterologia – 19,0% Infectologia – 12,9% Reumatologia – 8,6% Neurologia clínica – 7,1% Traumatologia – 6,5% | Óbito – 0,06% |
| Oliveira., 2019 | Dor no peito – 25 casos Diarreia e vômito – 20 casos Dor de garganta – 18 casos | Não Contempla |

Outro aspecto importante é a busca do homem por atendimento apenas quando a doença já está instalada, como em atendimentos de urgência, enquanto a mulher apresenta maior atenção com a saúde devido às políticas de prevenção instituídas precocemente, principalmente as relacionadas com a reprodução¹³. Os estudos analisados observaram a prevalência do sexo feminino, no entanto não foi encontrada frequência discrepante em relação aos homens, o que confirmam a tendência de ambos aspectos previamente abordados.

Há uma preocupação governamental quanto aos cuidados de saúde do homem, sendo instituída como medida direcionada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde em 2009, ações como alternância dos horários de atendimentos das UBS que seja diferente ao horário de trabalho do usuário masculino¹⁴.

O envelhecimento populacional tem sido discutido mundialmente, pois emerge o desafio de garantir suporte em saúde aos idosos diante da crescente desproporção entre a população financeiramente ativa e à dependente, visto a necessidade crescente de custeio da assistência a esse grupo vulnerável ao desenvolvimento e cronicidade de algumas doenças¹⁵.

Nessa perspectiva, a permanência adicional no mercado de trabalho desse grupo anteriormente desconsiderado, pautado principalmente no crescimento da expectativa de vida mediante a melhores condições socioeconômicas e qualidade de vida, portanto condizente com o aproveitamento pleno da sua capacidade laboral¹⁶.

Os estudos analisados acompanham essa perspectiva ao observar com maior frequência dos casos de pacientes com idade maior que 50 anos, pois a procura do atendimento médico mesmo sendo de urgência e emergência está relacionado ao processo de envelhecimento com qualidade de vida em que usuário em questão condiz com sua representatividade em números na sociedade brasileira.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, entretanto os estudos em sua maioria observaram maior demanda de atendimento para o turno diurno. Os desafios da mobilidade urbana nos grandes centros podem explicar essa situação, tendo em vista a redução da frota de transporte coletivo durante a noite.

Além disso, a inexistência da prestação desse serviço durante o período noturno em algumas cidades brasileiras, motivo esse que se justifica, pois o funcionamento das unidades básicas de saúde é

em período comercial e não funciona durante finais de semana, afetando a população de baixa renda que vive em grande parte afastada dos centros urbanos, por não dispor, na maioria das vezes, de outros meios de deslocamento durante o turno noturno, bem como pelo custo oneroso do transporte coletivo para as periferias, principalmente pela restrição da oferta desses serviços¹⁷.

O perfil das doenças mais prevalentes no Brasil aponta uma transição do predomínio de doenças infectocontagiosas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente entre a população idosa, relacionado às mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, e diretamente afetadas por fatores de risco importantes como o consumo de bebida alcoólica, uso de tabaco, sedentarismo e excesso de peso¹⁸.

Além disso, as DCNTs representam a principal causa de morte no país, com ocorrência expressiva das doenças respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, com ênfase para as cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, e neoplasias, com maior frequência observado para câncer de mama e câncer de próstata¹⁹.

Uma diferenciação significativa da apresentação dos agravos de saúde é observada por Konder et al. (2019) em relação aos demais, pois neste estudo evidencia-se doenças do sistema cardiovascular como mais prevalentes e os outros trabalhos evidenciam o aparelho respiratório para doenças mais incidentes. Os estudos demonstraram esse padrão de doença como os fatores de motivação de demandas mais frequentes para atendimento nas UPAs em localidades onde o desenvolvimento industrial, grande número de carros e queimadas provocadas são motivadores de doenças do aparelho respiratório.

Além disso, Konder et al (2019) utilizaram dados de diversas fontes como da Central Estadual de Regulação (CER-RJ), Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro (CR-MRJ), Coordenações de Emergência Regional (CERs), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e SISREG, enquanto nas demais pesquisas utilizou-se o prontuário e/ou ficha de atendimento eletrônico da própria unidade.

A evolução dos casos atendidos pelas unidades de urgências não hospitalares reflete a não compreensão pela população do conceito de urgência e emergência, do perfil exato de atendimento prestado nesses locais, bem como quais agravos são considerados para atendimento⁷. Autores como Garcia et al. (2014) e Oliveski et al. (2017) observaram que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes, relacionados a queixas de baixa complexidade passíveis de resolução junto a atenção básica.

Por outro lado, a não resolução na atenção primária tem sido a motivação da procura pelas unidades de emergência,

principalmente pela facilidade de acesso⁶. Nesse contexto, os estudos apontam para casos evoluídos em sua maioria para alta médica, com poucos casos relacionados à encaminhamentos para internação hospitalar e outros procedimentos de maior complexidade.

Os estudos evidenciam a fragilidade de um sistema ainda em ajuste para prestação correta dos serviços de urgência e emergência não hospitalares, porém tais problemáticas não são abordadas, pois não fazem parte dos objetivos dessa pesquisa. O funcionamento 24 horas e com a admissão “porta aberta” permite pelo princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde que qualquer indivíduo receba o atendimento adequado à sua demanda individual.

No entanto, para melhor otimização do tempo e recursos humanos, tem sido proposto por meio da Política Nacional de Humanização a utilização de um sistema de Classificação de Risco para os casos admitidos pelo serviço, com vistas à garantir a equidade em atenção à saúde, e conseqüentemente resolver na maior parte possível os agravos que constituem a rotina diária dessas unidades (Quadro 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos revisados observou-se a necessidade de conscientização dos usuários sobre a real atribuição das UPAs enquanto unidades de urgência e emergência. Procedimentos de baixa complexidade devem ser prestados pela atenção primária, e conseqüentemente, não gerar a superlotação de um serviço possivelmente subutilizado diante da impossibilidade de se negar o atendimento a esses casos, e conseqüentemente condicionar os usuários classificados como não prioritários pelo sistema de triagem da Classificação de Risco a longos períodos de espera.

Essa problemática está relacionada à falta de informação dos usuários por não saber qual nível de atenção procurar, pois grande parte são agravos de saúde que necessitam apenas de atenção primária. Outra situação observada é a falta de legislação que autorize os profissionais da classificação de risco a fazer encaminhamento dos pacientes para unidades de menor complexidade para melhor atendimento, pois o enfermeiro responsável pela classificação não possui autonomia para dispensar pacientes.

Por outro lado, a discussão para implantação de serviços noturnos em unidades básicas de saúde representa um caminho promissor para reduzir a procura direta do usuário pelo serviço de urgência 24 horas, principalmente pela justificativa de atendimento apenas em horários que inviabilizem a sua permanência no trabalho, bem como favorecer o atendimento gratuito, resolutivo e de qualidade aos usuários do sistema único de saúde.

Quadro 4. Distribuição dos estudos de acordo com as considerações finais

| AUTORIA DO ESTUDO | CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO |
|-----------------------|---|
| Konder et al., 2019 | O estudo observou que a naturalização das UPAs como unidade de internação para quadros clínicos constitui um falseamento que mais acomoda a falta de leitos em vez de tencioná-la. Adicionalmente, os dados produzidos permitiram lançar luz sobre questões pertinentes à qualidade e à adequação das decisões regulatórias tomadas no interior das unidades de saúde, pouco analisadas na. Por fim, identificaram-se a persistência das visões divergentes de urgência no interior da RUE e o impacto disso nas relações entre profissionais e unidades |
| Brasil et al., 2019 | Pelo estudo pode-se observar que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes. O perfil da amostra se caracterizou pelo atendimento a população infantil em idade de crescimento e sexo feminino. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, podendo se observar que o perfil dos usuários que utilizaram o serviço apresentava patologias de níveis de atenção básica |
| Oliveski et al., 2017 | O estudo evidenciou dificuldades dos usuários de procurarem atendimentos nos serviços de atenção básica, buscando estes atendimentos primários no serviço de emergência. O estudo apresentou limitações, pois foi desenvolvido em uma única instituição de saúde, fato que estimula o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área voltadas ao conhecimento e análise da demanda de atendimento em serviços de urgência de hospitais sejam eles públicos, privados e/ou filantrópicos |
| Machado et al., 2015 | O estudo observou que a procura durante os dias úteis e sem encaminhamento por outro serviço de saúde esteve relacionada com a utilização inadequada da UPA. O percentual de atendimentos inadequados aponta para a necessidade de implantação de um sistema de classificação de risco na UPA, melhor estruturação da rede de atenção à saúde e ações educativas junto à população, para orientação de como utilizar de maneira mais eficaz o sistema de urgência/emergência da região de saúde |
| Garcia et al, 2014 | O estudo verificou que a população atendida em sua maioria era de jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e pertencente à área de abrangência da unidade e no período de funcionamento da rede básica de saúde. As mulheres foram as que mais procuraram este serviço. Os motivos de procura foram queixas agudas de baixa gravidade, entretanto, o serviço também atende situações de urgência de média e alta complexidade que implicam a necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco com vistas de melhorar organização e a qualidade da assistência prestada à população |
| Santos et al., 2017 | Os autores pontuam a necessidade da manutenção, monitorização e implementação da assistência dos profissionais de saúde no atendimento dos usuários nestes serviços, favorecendo um atendimento precoce, rápido e eficaz, contribuindo de forma direta na redução e prevenção de violência letal, bem como no acolhimento de forma integral e holística dos usuários que necessitam de alguma assistência na Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RAUE) |
| Oliveira., 2019 | Os autores confirmaram a hipótese inicial do estudo que era a realização de atendimentos predominantemente de baixa complexidade (azuis e verdes), e que embora o modelo de atendimentos realizados pela UPA seja voltado a urgências e emergências, na prática não é o que observaram, podendo esses fatores estar ligados a falta de organização e resolutividade das unidades básicas de saúde que deveriam dar o primeiro suporte para a população. Além disso, relatam ser evidente que os usuários do serviço não têm uma concepção concreta do que realmente seriam casos de urgência e emergência, pois o que buscam é a resolução rápida e fácil de seu problema, pois qualquer dor ou desconforto que o afete é considerado por ele uma urgência que precisa ser logo tratada |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. 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.
3. Brasil. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014). Diário Oficial da União 2013; 04 mar.
4. Brasil FMS, Sousa MB, Brasil MS. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. Rev Mult Psic 2019; 13(46):992-1010.
5. Santos GVA, Brandão MM, Melo MEM. Perfil das ocorrências atendidas em uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h) em Maceió – AL [trabalho de conclusão de curso]. Maceió: Centro Universitário Tiradentes; 2017.
6. Oliveski CC, Santos LE, Marco VR, Lorenzoni AMC, Bonfada MS, Silva LAA. Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. Revista Espaço Ciência & Saúde 2017; 5(2): 45-56.
7. Oliveira MD. Perfil da demanda de atendimentos realizados pela unidade de pronto atendimento (UPA) de Tramandaí/RS [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.
8. 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.
9. 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.
10. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Rev Bras Enferm 2014; 67(2):261-267.
11. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2009; 25(7):1439-1454.
12. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública 2007; 23(3):565-574.
13. Bastos GAN, Harzheim E, Sousa AI. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde 2014 23(3):409-420.
14. Brasil. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 2009; 27 ago.
15. 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.
16. Constanzi RN, Amaral AD, Dias CR, Ansiliero G, Afonso LE, Sidone OJC. Reforma da previdência social. In: Negri JA, Araújo BC, Bacelet R, organizadores. Desafios da nação: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. p. 129-191.
17. Araújo MRM, Oliveira JM, Jesus MS, Sá NR, Santos PAC, Lima TC. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. Psicologia & Sociedade 2011; 23(3): 574-582.
18. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33(2): 1-11.
19. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde 2014; 23(2):347-354.