



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO



ESCOLA DE NUTRIÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO

**UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DE OURO PRETO, MINAS GERAIS, 2012**

GERALDA VANESSA CAMPOS MACHADO

OURO PRETO - MG

2014

GERALDA VANESSA CAMPOS MACHADO

**UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DE OURO PRETO, MINAS GERAIS, 2012**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição – área de concentração em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde e Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Luana Giatti Gonçalves

OURO PRETO - MG

2014

M149u Machado, Geralda Vanessa Campos.

Utilização da unidade de pronto atendimento de Ouro Preto, Mina Gerais, 2012 [manuscrito] / Geralda Vanessa Campos Machado. - 2014.

88 f.; il.; tabs.

Orientadora: Profª Drª Palmira de Fátima Bonolo.

Orientadora: Prof. Drª Luana Giatti Gonçalves.

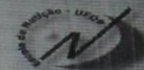
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição.

Catálogo: sisbin@sisbin.ufop.br



Mestrado Saúde e Nutrição

Universidade Federal de Ouro Preto



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos vinte e um dias do mês de fevereiro de dois mil e catorze, às nove horas e trinta minutos, no Auditório da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, realizou-se a defesa da dissertação de mestrado da aluna **Geralda Vanessa Campos Machado**. A banca examinadora, definida anteriormente, foi composta pelas Professoras Carla Jorge Machado (UFMG), Paula Aryane Brito Alves (UFVJM), Palmira de Fátima Bonolo (UFOP) e Luana Giatti Gonçalves (UFOP). Dando início ao exame, a aluna apresentou sua dissertação de mestrado intitulada: "UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS, 2012". Após a apresentação, a candidata foi arguida pela banca que avaliou o domínio do conteúdo metodológico e teórico relacionado à dissertação. Após julgamento, os membros da banca decidiram por:

APROVAR

REPROVAR

Carla Jorge Machado

Profa. Dra. Carla Jorge Machado (UFMG),
Examinadora Externa.

Paula Aryane Brito Alves

Profa. Dra. Paula Aryane Brito Alves (UFVJM),
Examinadora Externa.

PT Bonolo

Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo (UFOP),
Orientadora.

Luana Giatti Gonçalves

Profa. Dra. Luana Giatti Gonçalves (UFOP),
Coorientadora.

Geralda Vanessa Campos Machado

Geralda Vanessa Campos Machado (UFOP),
Mestranda.

Dedico este trabalho à minha sempre amada
"Vó Nêga"

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Nutrição e a UFOP pela oportunidade de prosseguir com meus estudos, de conhecer novos professores e novos jeitos de pensar. E à FAPEMIG pelo apoio financeiro.

À Professora Palmira por todo o apoio e incentivo nestes dois anos de convivência. Um exemplo de profissional a ser seguido e uma das pessoas mais sensíveis com quem tive o prazer de conviver.

À Professora Luana pela coorientação, dando contribuições essenciais para o a construção e desenvolvimento do estudo.

Ao Professor Fernando pelo apoio na tão complexa área da estatística.

Aos servidores municipais Lisiane, Alessandra e Dr. Gabriel que sempre dispostos a ajudar tornaram minha inserção na UPA mais prazerosa.

Aos alunos participantes do estudo, Pedro e César por terem tido paciência comigo durante o período de coleta dos dados. Deve ter sido difícil me entender em alguns momentos. E agradeço ao Helivelton por suas contribuições, principalmente no início do estudo.

Às companheiras no mestrado, Juliana e Rafaella que foram desde o início um porto seguro em Ouro Preto e Wanessa, parceira de laboratório que sempre me ajudou quando eu precisei.

Com um imenso carinho agradeço aos meus pais, por sempre apoiarem meus sonhos. Mesmo com as incertezas que a notícia de aprovação no mestrado nos trouxe, sempre me ampararam.

Agradeço minha mãe e minha irmã por terem lido meus textos quando o cansaço não permitiu.

Agradeço a Lázaro pelo carinho, compreensão e paciência.

A todos que de alguma forma ajudaram no desenvolvimento do trabalho e na minha formação, meu muito obrigado!

*"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo".*

(Albert Einstein)

Resumo e Abstract

RESUMO

As Redes de Atenção às Urgências e Emergências foram instituídas para prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências. No entanto, os serviços de urgência e emergência têm sido utilizados como porta de entrada nos serviços de saúde por usuários “não urgentes” que buscam atenção imediata, medicalização e realização de exames mais sofisticados que aqueles disponíveis na Atenção Primária à Saúde. Apesar dessa prática parecer mais resolutiva para o usuário, desencadeia uma série de prejuízos para o sistema, uma vez que pode gerar filas nos serviços de urgência, lentidão no atendimento inclusive de casos graves, estresse na equipe e nos pacientes, entre outros. A Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto classifica-se como unidade de porte I, sendo referência da microrregião de saúde de Ouro Preto. Este trabalho objetivou caracterizar os atendimentos realizados nesta UPA durante o ano de 2012 e identificar possíveis fatores associados ao uso inadequado deste serviço. O tamanho amostral foi determinado com base em duas técnicas: Amostragem Aleatória Estratificada e, Amostragem Aleatória Simples Sem Reposição. Foram obtidas informações referentes a sexo, faixa etária, local de residência, dia do atendimento, turno do atendimento, tipo de procura da UPA, conduta e desfecho do atendimento. A inadequação dos atendimentos foi determinada pelo Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares. Após análise descritiva foi realizada análise estatística através do qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança para identificar possíveis associações entre o uso inadequado da UPA e as demais variáveis. Identificou-se que a maioria dos atendimentos realizados na UPA são inadequados (58,8%), sendo relacionados a pacientes mais jovens ($p=0,05$), atendidos durante os dias úteis ($p<0,001$) e procuraram o serviço por decisão própria ($p<0,001$). Os achados indicam a necessidade de reorganização do serviço, com implementação de um sistema de classificação de risco que oriente o fluxo de pacientes e garanta o atendimento prioritário aos casos mais graves. Além disso, é importante que usuários e profissionais de saúde conheçam as atribuições de cada serviço de saúde, utilizando-os de maneira mais próxima ao que eles se propõem.

Palavras-chave: utilização de serviços de saúde; urgência e emergência; classificação.

ABSTRACT

The Emergency Care Networks were established to provide qualified healthcare for the Brazilian population, including fast and effective attention of urgent and emergency cases. However, the urgent and emergency care services have been used as a gateway for health services by "non-urgent" users looking for immediate attention, medicalization and more sophisticated exams than those available in primary care. Although these attitudes seem to be more effective for users, they cause a lot of damage to the health system, since they can cause long waiting lines in emergency services, delay in care services for severe cases, stress on staff and patients, among others. The Ouro Preto Emergency Care Service (ECS) is classified as a unit size I and it is reference for the health microregion of Ouro Preto. This study aimed to characterize the attendances in this ECS during the year 2012 and to identify possible factors associated with the misuse of this service. The sample size was determined based on two techniques: Stratified Random Sampling and Simple Random Sampling Without Replacement. Information regarding gender, age, place of residence, day of attendance, work shift, type of demand, conduct and outcome of the attendance were obtained. The inadequacy of the attendances was determined by the Hospital Urgencies Appropriateness Protocol. After descriptive analysis, statistical analysis was performed using the Pearson chi-square test with 95% confidence to identify possible associations between the inappropriate use of the ECS and other variables. It was identified that the majority of attendances in ECS are inadequate (58.8%) and related to younger patients ($p = 0.05$) assisted on weekdays ($p < 0.001$) who looked for the service by their own decision ($p < 0.001$). The results show the need to reorganize the service implementing a risk classification system to guide the flow of patients and guarantee priority service to more severe cases. Furthermore, it is important that users and health professionals know the duties of each health service, using them much closer to their mission.

Keywords: use of healthcare services; urgent and emergency; classification.

Lista de Quadros e Tabelas

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Comparação da situação de funcionamento da UPA de Ouro Preto com as definições de unidade de porte I do Ministério da Saúde.....22

Tabela 1- Distribuição do número amostral estabelecido para cada clínica de atendimento em relação aos meses do ano.....31

Artigo 1:

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de utilização e clínicas dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012 52

Tabela 2 – Frequências observadas das características relacionadas à avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012 54

Tabela 3 – Fatores associados à qualidade do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012 55

Artigo 2:

Tabela 1 – Características dos atendimentos realizados na clínica de adultos de uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto – Minas Gerais, durante o ano de 2012... 74

Tabela 2 – Fatores associados com a adequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto – Minas Gerais, durante o ano de 2012.....75

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS: Sistema Único de Saúde

RAS: Redes de Atenção em Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

UPA: Unidades de Pronto Atendimento

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

PAUH: Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar

PUE: Protocolo de Urgência e Emergência

CID-10: 10ª Classificação Internacional de Doenças

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Uso inadequado dos serviços de urgência e emergência.....	22
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3 MÉTODOS.....	28
3.1 Delineamento.....	28
3.2 Local de estudo.....	28
3.3 Cálculo amostral.....	29
3.4 Instrumentos da pesquisa.....	31
3.5 Coleta dos dados.....	35
3.6 Variáveis do estudo.....	35
3.7 Análise.....	36
3.8 Considerações Éticas.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
Artigo 1.....	39
Artigo 2.....	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS E APÊNDICES.....	83
Anexo A - Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH) adaptado.....	84
Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética da UFOP.....	86
Anexo C – Comprovante de submissão de artigo.....	87
Anexo D – Carta de anuência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto.....	88
Apêndice A – Máscara do EpiInfo (versão 3.5.2).....	89

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou grandes avanços em sua organização e operacionalização. No entanto, devido a sua complexidade, muitos problemas ainda precisam ser superados para que este sistema promova efetivamente o acesso universal, integral e equânime à saúde para a população brasileira¹.

Como alternativa ao modelo vigente, caracterizado por uma ênfase nas ações curativas e fragmentação de serviços, tem-se buscado inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento de Redes de Atenção em Saúde (RAS)². Estas redes buscam a melhoria do desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica, para tanto, constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”³. Os diferentes pontos de atenção são igualmente importantes nas RAS e, têm a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro de comunicação⁴.

Segundo Mendes⁴, a complexa estrutura epidemiológica do país, caracterizada pela coexistência de doenças crônicas, doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, constitui um problema central na crise dos modelos de atenção à saúde, uma vez que, doenças crônicas são enfrentadas na mesma lógica das condições agudas. Nesta concepção, a busca pelo serviço de saúde se dá normalmente em momentos de agudizações de doenças crônicas, gerando uma demanda espontânea, principalmente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou internações hospitalares de urgência e emergência³. Segundo Cordeiro Júnior⁵, os pacientes dos serviços de urgência apresentam em 90% das vezes, agudizações de problemas crônicos. Esta situação pode sugerir que as doenças crônicas não estão sendo adequadamente acolhidas na atenção primária. Mendes⁶ afirma que a retenção de pessoas com “urgências menores” nas unidades de atenção primária se faz necessária para uma adequada organização dos serviços de saúde de urgência e emergência.

Define-se urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo indivíduo necessita de assistência imediata” e emergência a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”⁷. A fim de se

reorganizar a atenção prestada aos agravos de saúde deste tipo, políticas públicas têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde há mais de uma década⁸⁻¹³.

Em 2011, dentro da perspectiva das RAS, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que busca prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências¹³. A rede de urgência procura ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, com classificação de risco e intervenção adequada aos diferentes agravos, tendo em vista a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento¹³.

Os componentes das RUE envolvem serviços e ações dos três níveis de complexidade assistencial – Promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Força Nacional; Salas de estabilização; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento 24 horas¹³.

No contexto da rede de urgência, a atenção primária busca ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e fornecer o primeiro cuidado às urgências e emergências até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário. Nesse planejamento a APS promove o acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades, sem desempenhar o papel de regular os fluxos e contrafluxos desta rede^{3, 13}.

As Unidades de Pronto Atendimento, objetos de interesse do estudo, são unidades não hospitalares preparadas para prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma. A equipe de profissionais da UPA busca estabilizar os pacientes e realizar uma investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade¹³.

Com nível de complexidade assistencial intermediário entre a atenção primária e a hospitalar, a UPA deve ser implantada em locais estratégicos para a configuração da rede de urgência. Deve ainda manter funcionamento ininterrupto e permanência de equipe multiprofissional interdisciplinar nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos e, construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência com os demais serviços de saúde¹⁴.

Quanto à estrutura, as UPA podem ser classificadas em três diferentes portes, de acordo com o tamanho da população a ser coberta, com a capacidade instalada (área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos) e com a capacidade diária de atendimentos médicos. Para cada um dos portes de UPA um recurso financeiro diferente é disponibilizado¹⁴.

Apesar de estar registrada como uma unidade de porte I, a UPA de Ouro Preto apresenta uma estrutura superior ao mínimo exigido em lei¹⁴, como observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Comparação da situação de funcionamento da UPA de Ouro Preto com as definições de unidade de porte I do Ministério da Saúde

UPA	Porte I*	UPA de Ouro Preto**
População da região de cobertura	50.000 a 100.000 habitantes	124.406
Número de atendimentos médicos em 24 horas	Em média 150 pacientes	> 200 pacientes
Número mínimo de médicos (das 7hs às 19hs e de 19hs às 7hs)	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico	4 médicos, sendo 1 pediatra, 2 clínicos e 1 horizontal
Número mínimo de leitos de observação	5 - 8 leitos	15 leitos

* Portaria nº 342, de 4 de março de 2013.

** Ouro Preto, Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

De acordo com o quadro acima, a UPA de Ouro Preto apresenta apenas a característica referente à população coberta adequada ao porte I. As demais características correspondem mais adequadamente às unidades de porte II e III.

1.1 Uso inadequado dos serviços de urgência e emergência

Os serviços de urgência e emergência têm sido frequentemente relacionados com a procura de usuários “não urgentes” que os utilizam como um recurso à ineficácia do sistema em oferecer

acesso facilitado à rede de atenção primária¹⁵. Estes usuários buscam atenção imediata, medicalização e realização de exames mais sofisticados que aqueles disponíveis na atenção primária^{16, 17}. Apesar dessa prática parecer mais resolutiva para o usuário, ela pode desencadear uma série de prejuízos para o sistema e ocasionar filas nos serviços de urgência, lentidão no atendimento inclusive de casos graves, insatisfação e estresse na equipe e nos pacientes, diminuição na qualidade do atendimento e ainda incremento nos gastos públicos com saúde^{18, 19}.

O fato dos pacientes procurarem as unidades de urgência espontaneamente, sem realizar uma consulta prévia na atenção primária, está potencialmente relacionado com a maior inadequação dos atendimentos. Carret et al.¹⁷ relatam que aqueles pacientes que foram encaminhados para o serviço de emergência por profissionais da saúde têm 30% menos chance de ter uma utilização inadequada do serviço. O encaminhamento por outro profissional de saúde favorece ainda, a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção²⁰.

Alguns dos motivos destacados na literatura para a procura direta a estes serviços de saúde se baseiam na garantia de atendimento imediato; funcionamento durante 24 horas ininterruptas; hábito de consultar a UPA; a presença de tecnologias mais complexas não disponíveis em outros serviços e descrédito nas tecnologias simplificadas da atenção primária; impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais; acessibilidade geográfica; preferência pela qualidade do atendimento; presença de parentes ou amigos no serviço, que poderia facilitar o atendimento e também por se encontrarem angustiadas e apreensivas²¹⁻²⁴.

Considerando, principalmente, o uso inadequado dos serviços de urgência, Cordeiro Júnior⁵ destaca que já não há mais a possibilidade de se trabalhar em urgência sem um sistema de triagem ou classificação de risco implantado. A classificação de risco não objetiva definir um diagnóstico, e sim uma prioridade clínica, organizando melhor as atividades dentro do serviço de saúde⁴.

O processo de classificação de risco se dá mediante escuta qualificada das queixas do pacientes e a tomada de decisão se baseia em protocolo específico. O Protocolo de Manchester é o instrumento de escolha do Governo de Minas Gerais para ser implantando nas Unidades de Pronto Atendimento. Este protocolo classifica o paciente em diferentes cores, que têm diferentes significados: a) vermelho – paciente em situação de emergência devendo receber atendimento imediato; b) laranja – muito urgente, com tempo de espera de até 10

minutos; c) amarelo – urgência, com tempo de espera de até 60 minutos; d) verde – pouco urgente, com tempo de espera até 120 minutos; e) azul, ou seja, não urgente, tempo de espera de até 240 minutos²⁶. A utilização deste sistema apresenta, entre outras, as vantagens de garantir uniformidade da triagem ao longo tempo e com diferentes equipes de saúde, acabando com a triagem sem fundamentação científica⁵. Segundo Mendes⁶, as UPA não trarão benefícios para a assistência à saúde no SUS se não estiverem verdadeiramente integradas às Redes de Atenção à Saúde.

Em relação a UPA de Ouro Preto, é provável que exista uma facilidade na sua utilização, o que deve estar pelo menos em parte, explicada pela ausência de classificação de risco no acolhimento dos pacientes na unidade. Dessa forma, se torna importante identificar os fluxos irregulares e adequá-los a estrutura organizativa do SUS, com cada demanda sendo atendida em um serviço adequado e preparado para resolvê-la.

Diante do exposto, reafirma-se a importância da utilização de protocolos que avaliem a adequação e a pertinência do atendimento nos serviços de urgência e emergência. Estes instrumentos podem subsidiar as tomadas de decisões da gestão em saúde para uma melhor organização e funcionamento de todo o sistema.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi caracterizar os atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto durante o ano de 2012 e identificar possíveis fatores associados ao uso inadequado deste serviço.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os atendimentos segundo características sociodemográficas, de morbidade, de gravidade, de conduta clínica e de desfecho (alta, observação, internação ou óbito);
- Identificar os atendimentos inadequados realizados na UPA a partir da aplicação de um protocolo de adequação de urgência;
- Verificar fatores associados à inadequação dos atendimentos realizados na UPA.

Métodos

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento

Estudo quantitativo, de delineamento transversal e abordagem descritivo-analítica, que se baseou na análise de prontuários de pacientes atendidos entre 01 de janeiro e 20 de dezembro de 2012 na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto.

3.2 Local de estudo

A Unidade de Pronto Atendimento onde o estudo foi desenvolvido constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências dos municípios de Ouro Preto e Mariana, sendo responsável pela cobertura de uma população estimada de 124.406 habitantes.

Em 2008 a UPA foi reinaugurada seguindo as disposições contidas na Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002, após anos de funcionamento sem regulação específica. Apesar de ser registrada como uma UPA de porte I, funciona com uma maior capacidade instalada.

Atualmente a UPA funciona com uma sala de recepção, uma sala de emergência equipada para os atendimentos de casos de média e alta complexidade, três consultórios médicos (dois médicos generalistas e um pediatra), três salas de observação (uma para adultos do sexo masculino, uma para adultos do sexo feminino e uma destinada à observação de crianças menores de 12 anos). Possui ainda, uma sala de observação de isolamento, uma sala de serviço social, uma sala de medicação, uma sala da administração, uma sala de central de processamento de dados, arquivo médico, rouparia, uma sala de radiografia, uma sala de suturas, sanitários para pacientes e acompanhantes. O serviço mantém funcionamento ininterrupto e se organiza em duas clínicas de atendimento – de adultos e pediátrica. Na clínica pediátrica, um pediatra fica responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes de zero a 12 anos, enquanto na clínica de adultos dois clínicos ficam responsáveis pelo atendimento dos pacientes com idade igual ou superior a 13 anos. Além destes, que trabalham em regime de plantão de 24 horas, a Lei Municipal nº 720, 07 de novembro de 2011, institui a presença de um médico clínico horizontal, o qual trabalha em regime de 12 horas e é responsável pelo atendimento imediato aos pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Corpo de Bombeiros e pela Polícia Militar²⁷. Também

fazem parte da equipe de funcionários um enfermeiro – que exerce atividades de administração e de assistência –, quatro técnicos em enfermagem, um técnico em Raio-X, dois recepcionistas, um porteiro, três higienistas, um bioquímico e dois técnicos em laboratório.

A organização do fluxo de pacientes que chegam a UPA se dá, na maioria das vezes, pela ordem de chegada e registro na recepção devido à inexistência de sistema de classificação de risco implantado, excluindo-se os casos já mencionados de pacientes encaminhados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros e Polícia Militar. Na ausência do médico horizontal, estes casos são avaliados e o atendimento prioritário baseado numa investigação não sistematizada do estado de saúde do paciente realizada por profissionais da saúde.

Após a avaliação médica os pacientes podem ser medicados, encaminhados para alta, mantidos em observação ou encaminhado para a internação. Aqueles pacientes que ficam em observação recebem o monitoramento do médico horizontal, enfermeiro e técnicos de enfermagem, e atenção dos profissionais do serviço social. Nos casos em que há necessidade de internação hospitalar, a busca por leito é realizada a partir do cadastramento do paciente no SUS FÁCIL/Minas Gerais – programa de regulação assistencial desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Qualidade & Gestão Pública e voltado para o aprimoramento da atuação da Secretaria de Estado da Saúde promovendo maior rapidez e a confiabilidade das atividades de regulação dos serviços de saúde no Estado e a garantia de vaga hospitalar²⁸. Após a regulação o paciente pode ser transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto ou outro hospital referenciado, sendo o transporte de responsabilidade do SAMU.

3.3 Cálculo amostral

A determinação do tamanho da amostra baseou-se na técnica de Amostragem Aleatória Estratificada²⁹, que consiste na divisão da população em diferentes estratos ou subpopulações que, não se superpõem e, juntas abrangem a totalidade da população, ou seja:

$$N_1 + N_2 + \dots + N_L = N$$

Em que:

N_i representam estratos populacionais;

N é a quantidade total de indivíduos na população.

Tais subpopulações ($1, 2, \dots, L$) são então submetidas ao processo de amostragem, isto é:

$$n_1 + n_2 + \dots + n_L = n$$

Onde:

n_i representam as grandezas das amostras dentro dos respectivos estratos;

n é a quantidade amostral global.

Neste estudo a população total ($N= 72.904$) foi subdividida em dois estratos principais – clínica de adultos ($N_1= 57146$) e clínica pediátrica ($N_2= 15.758$). Dessa forma, o tamanho amostral global (n) foi determinado, constatando-se a necessidade de 1052 unidades amostrais para se mensurar características de interesse na população, considerando 3 pontos percentuais de margem de erro, para mais ou para menos, e 95% de confiabilidade.

Após a definição do tamanho amostral global, fez-se necessária a alocação proporcional da amostragem. Para tanto, em cada grupo, definiu-se 12 subpopulações ($N_1, N_2, N_3... N_{12}$) referentes à distribuição dos atendimentos nos meses do ano. Ou seja, cada mês representou um substrato dentro do universo amostral. Cada um desses substratos teve quantidades de amostras alocadas conforme a proporção de atendimentos²⁹, seguindo a fórmula:

$$n_{hi} = n \frac{N_{hi}}{Nh}$$

Onde:

N_{hi} representa a quantidade de atendimentos no substrato i ($i=1, 2, \dots, 12$) referente ao estrato h ($h=1, 2$);

Nh é a quantidade de atendimentos no estrato h ;

n_{hi} significa a quantidade amostral para o substrato i referente ao estrato h .

Sendo as seleções feitas, de forma proporcional e separadamente nos diferentes estratos e substratos, o resultado do processo de amostragem estratificada com alocação proporcional pode ser visto na Tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição do número amostral estabelecido para cada clínica de atendimento em relação aos meses do ano

Mês	Amostra (<i>n</i>)	
	Clinica Médica	Clínica Pediátrica
Janeiro	64	12
Fevereiro	70	17
Março	69	20
Abril	69	23
Maió	78	25
Junho	76	24
Julho	79	22
Agosto	67	18
Setembro	68	18
Outubro	74	20
Novembro	63	16
Dezembro	48	11
Total	825	227

Para finalizar o processo de amostragem, dentro de cada mês, a seleção interna aos estratos obedeceu a Amostragem Aleatória Simples Sem Reposição³⁰, sendo a listagem dos números de prontuários a serem selecionados submetida ao software Minitab 16, que forneceu uma seleção aleatória desses documentos. Uma vez definido que seriam amostras sem reposição, os pesquisadores levaram, no momento da pesquisa de campo, três seleções de números aleatórios para cada mês dentro de uma respectiva clínica. Assim, caso algum prontuário não fosse encontrado, outra seleção aleatória era ser iniciada.

Todos os processos amostrais foram feitos de forma probabilística, garantindo assim margens de erro e estimativas de confiabilidade, consolidando o processo inferencial sobre as populações pesquisadas, bem como a qualidade da pesquisa.

3.4 Instrumentos da pesquisa

O processo de levantamento de dados deste estudo se deu inicialmente por meio da análise do conteúdo dos prontuários selecionados para comporem a amostra. Para a coleta das informações de interesse e construção do banco de dados elaborou-se uma máscara no EpiInfo versão 3.5.2 (APÊNDICE A). Foram coletadas informações referentes ao sexo, idade e local

de residência dos pacientes, diagnósticos e tratamentos recebidos na UPA e, por fim, o desfecho do atendimento – alta, internação hospitalar, encaminhamento para outros serviços de saúde e óbito.

O uso inadequado dos serviços da Unidade de Pronto Atendimento foi determinado com base no Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar (PAUH). Este instrumento é utilizado para avaliar a adequação dos atendimentos de usuários com idade igual ou superior a 15 anos, excluindo-se as urgências obstétricas e, originalmente, utiliza 26 critérios divididos entre 5 grupos³¹:

Grupo 1 – Critérios de gravidade:

Constituído de oito subitens, este grupo está centrado na avaliação da gravidade do atendimento a partir da análise de estabilidade dos sistemas fisiológicos (pulso, pressão, temperatura, equilíbrio hidroeletrólítico, gases) e perda repentina da funcionalidade de algum órgão ou sistema (incluindo fraturas, hemiplegias, etc).

- Perda de consciência, desorientação, coma, insensibilidade (brusca ou muito recente);
- Perda brusca da visão ou audição;
- Alteração de pulso (<50/>140 pulsações por minuto) e arritmias;
- Alteração da pressão arterial (sistólica: <90/>200 mmHg; diastólica: <60/>120 mmHg);
- Alterações de eletrólitos e gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas dos parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.);
- Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento em atenção primária;
- Hemorragia ativa (hematemese, epixtaxe, melenas, etc.). Exclui-se feridas superficiais que requerem apenas sutura;
- Perda brusca da capacidade funcional em qualquer parte do corpo.

Grupo 2 – Critérios de tratamento:

Este grupo é constituído por quatro subitens e se baseia na realização de tratamentos de urgência relacionados com a gravidade ou cuja realização seria dificultosa ou impossível na atenção primária. Além dos procedimentos realizados em sala de cirurgia e colocação de gessos, inclui-se a administração de oxigênio, de fármacos ou fluidos por via intravenosa (exceto casos que tenha por finalidade manter a via de forma preventiva).

- Administração de medicação ou fluidos por via intravenosa (exceto manutenção de via);
- Administração de oxigênio;
- Colocação de gessos (exceto bandagens);
- Intervenção/procedimento realizado em sala de cirurgia.

Grupo 3 – Critérios de intensidade diagnóstica:

Constituídos por quatro subitens, o terceiro grupo de critérios se fundamenta na realização de provas diagnósticas em urgência que indicam necessidade de um diagnóstico rápido.

- Monitoração de sinais vitais de forma constante, a cada 2 horas;
- Radiologia de qualquer tipo;
- Testes laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos atendidos por motivos relacionados com o diabetes);
- Eletrocardiograma (exceto cardiopatas crônicos atendidos por problemas relacionados à cardiopatia).

Grupo 4 – Outros critérios:

Incluem quatro critérios que abordam a entrada do paciente no serviço e o tempo de permanência no serviço, que sugerem adequação do atendimento.

- O paciente está há mais de 12 horas na observação do serviço de emergência;
- O paciente foi encaminhado para internação;

- O paciente faleceu no serviço de urgência;
- Outro critério em pacientes encaminhados por um médico (especificar).

Grupo 5 – Critérios aplicáveis somente a paciente que chegam espontaneamente: para estes pacientes, seis critérios foram desenvolvidos para justificar a visita de urgência sem a necessidade de consulta prévia na atenção primária.

- Proveniente de um acidente (trânsito, laboral, em lugar público...) e que precisam ser avaliados;
- Percebe-se que há urgência vital: dor torácica, dispneia de início rápido, retrações, dor abdominal aguda;
- Quadro conhecido pelo paciente e que habitualmente requer ingresso no serviço de urgência;
- O paciente relatou ao médico da urgência que apresenta o sintoma;
- Requer atenção médica primária com rapidez e o serviço de urgência é o centro mais próximo;
- Outros em pacientes espontâneos (especificar)

Dentre os critérios descritos neste último bloco, apenas as informações referentes a proveniência de acidente e percepção de urgência vital puderam ser coletadas a partir das informações contidas nos prontuários dos pacientes. Sendo assim, optou-se por adaptar o protocolo excluindo os quatro últimos critérios (ANEXO A).

De acordo com o estudo de validação do PAUH, o preenchimento de ao menos um dos critérios descritos sugere um atendimento adequado ao serviço de urgência. Sendo assim, considerou-se inadequado o atendimento que não preenchesse nenhum critério do PAUH. O estudo indica ainda que a utilização do protocolo se aplica apenas a indivíduos com 15 anos ou mais³¹. Sendo assim, 21 atendimentos de pacientes com idade entre 13 e 14 anos foram excluídos, e, juntamente com os 227 atendimentos realizados na clínica pediátrica serão avaliados em outro momento.

3.5 Coleta dos dados

Após a seleção aleatória dos prontuários, a mestrandia foi responsável pela localização dos mesmos nos arquivos da Unidade de Pronto Atendimento. Depois de omitidos os dados de identificação dos pacientes, os prontuários foram fotocopiados e mantidos em arquivo com acesso permitido somente para os pesquisadores. Uma vez localizado, as informações de interesse foram digitadas de forma independente por dois estudantes de iniciação científica do 9º período do curso de medicina da UFOP.

A cada 100 prontuários digitados aplicava-se a estatística *Kappa* para avaliar o grau de concordância entre os dois observadores. As discordâncias eram avaliadas por um terceiro pesquisador da área médica que realizava uma nova avaliação do prontuário, a fim de se chegar a um consenso sobre os critérios de adequação do atendimento.

Houve capacitação dos pesquisadores que avaliaram os prontuários, sendo realizados semanalmente grupos de discussão para esclarecimentos visando à padronização da coleta. Prezou-se pela manutenção da organização do arquivo da UPA, respeito à seleção aleatória de prontuários, sigilo das informações e padronização da coleta e tratamento da informação.

Um estudo piloto foi realizado para avaliar a aplicabilidade do PAUH nos atendimentos da unidade. O protocolo foi testado em 182 prontuários dos pacientes atendidos durante uma semana do ano de 2012, a partir de duas classificações independentes (ARTIGO 1).

3.6 Variáveis do estudo

O evento foi definido como a inadequação dos atendimentos da UPA de Ouro Preto no ano 2012 entre pacientes com 15 anos ou mais. O atendimento foi considerado inadequado quando não preenchia nenhum dos critérios descritos no PAUH.

As demais variáveis de interesse foram: sexo (masculino, feminino), faixa etária (15 a 24; 25 a 44; 45 a 64 e 65 anos e mais), local de residência (sede de Ouro Preto, distrito de Ouro Preto, outro município), dia do atendimento (dia útil, final de semana ou feriado), turno do atendimento (madrugada – 00:00 às 05:59; manhã – 06:00 às 11:59; tarde – 12:00 às 17:59; noite – 18:00 às 23:59), tipo de procura da UPA (direta; levado pela Polícia Militar, Corpo de Bombeiros ou SAMU; e encaminhado por profissional de outro serviço de saúde), conduta (medicação; observação) e desfecho do atendimento (alta; referido para especialidade ou UBS; internação).

3.7 Análise

A análise dos dados foi realizada pelo SPSS *Statistics* versão 18. Inicialmente realizou-se análise descritiva dos dados, sendo determinadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, bem como a distribuição proporcional das variáveis em relação ao evento.

A análise estatística dos dados se baseou na realização de dois testes: 1) Qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança para identificar possíveis associações entre o uso inadequado da UPA e as demais variáveis e, 2) Regressão Logística Binária baseada no método *stepwise backward* para estimação do Odds Ratio.

3.8 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto – CAAE: 04037312.3.0000.5150 – conforme ofício CEP nº 122/2012, de 25 de outubro de 2012 (ANEXO B).

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estes tópicos serão apresentados no formato de artigo científico.

Artigo 1: *“A visão do usuário em relação à qualidade do atendimento no serviço de urgência do município de Ouro Preto, Minas Gerais”* foi submetido para a Revista Epidemiologia & Serviços de Saúde (ANEXO C). Este artigo teve o objetivo de avaliar a satisfação do usuário da Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto e, paralelamente, serviu de base para realização do estudo piloto da dissertação.

Artigo 2: *“Perfil dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento: caracterização da demanda e do uso inadequados”* está no formato para publicação na revista “Cadernos de Saúde Pública”. Teve como objetivos principais caracterizar os atendimentos realizados na UPA de Ouro Preto durante o ano de 2012 e verificar fatores associados ao uso inadequado deste serviço.

A visão do usuário em relação à qualidade do atendimento no serviço de urgência do município de Ouro Preto, Minas Gerais

Geralda Vanessa Campos Machado^I, Lisiane Maria Silva Bento^{II}, Wanessa Debôrtoli de Miranda^I, Helivelton Rocha Azevedo^{III}, Luana Giatti^{IV}, Palmira de Fátima Bonolo^V

^(I) Programa de Pós-graduação em Saúde e Nutrição da UFOP

^(II) Programa de Pós-graduação em Gestão Pública da UFOP

^(III) Escola de Medicina da UFOP

^(IV) Departamento de Nutrição Clínica e Social da Escola de Nutrição - UFOP

^(V) Setor de Saúde Coletiva, Escola de Medicina – UFOP

Resumo

Objetivo: Avaliar os fatores associados com a qualidade do atendimento de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na perspectiva do usuário. **Métodos:** Estudo descritivo analítico de corte transversal a partir da aplicação de questionário semiestruturado. Potenciais associações entre qualidade da UPA e fatores sociodemográficos, de utilização e de avaliação da UPA foram verificadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança. Realizou-se também a análise qualitativa através da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Observou-se associação significativa entre a qualidade do atendimento da UPA e idade, satisfação com o atendimento da recepção, enfermagem e do médico e a classificação da higiene e ambiente. A relação entre usuários e profissionais de saúde e funcionários foi retratada como um forte motivo para a insatisfação. **Considerações Finais:** Apesar da classificação geral positiva (73,1%), os depoimentos dos usuários levantaram temas que devem ser reavaliados pela gestão para refletirem em aperfeiçoamento dessa unidade.

Palavras-chave: Medicina de urgência, Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, Satisfação do usuário

Abstract

Objective: To evaluate factors associated with the quality of care of an Emergency Care Service (ECS) in the user perspective. **Methods:** Descriptive analytical cross-sectional study from application of semi-structured questionnaire. Potential associations between quality of UPA and sociodemographic factors, utilization and evaluation of the ECS were verified by chi - square test with 95% confidence. Also, qualitative analysis was conducted through the technique of Content Analysis. **Results:** A significant association was found between quality of care and age, satisfaction with service reception, nursing and physician consultation, and hygiene and environment. The relationship between users and health professionals and staff was portrayed as a strong reason for dissatisfaction. **Conclusion:** Despite the overall positive rating (73.1%), the testimonials of users raised issues that should be reviewed by management to reflect improvement in this unit.

Key-words: Emergency medicine, Health care quality assurance, Consumer satisfaction

Introdução

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) constituem um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências. São unidades de complexidade intermediária dentro da rede assistencial à saúde e têm a missão de acolher os usuários e familiares que buscam atendimento, articulando-se com os demais serviços de atenção à saúde em fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência. Este serviço deve prestar uma assistência de qualidade, resolutiva e humanizada a pacientes com quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando o paciente e definindo a necessidade ou não de encaminhamento para um serviço de maior complexidade¹.

Considerando a importância das UPA dentro do sistema de saúde e os recursos dispensados para seu funcionamento é necessário que se estabeleça estratégias de monitoramento e avaliação do serviço e de todo o sistema, com a intenção de aproximação entre o planejado e o executado. Neste contexto, as pesquisas de qualidade de atendimentos e serviços, satisfação dos usuários, gestores e equipe técnica são estudos utilizados para avaliação de políticas públicas².

A satisfação do usuário, especificamente, é considerada um importante indicador da qualidade do serviço e ainda tem importante influência na adesão ao tratamento e continuidade do cuidado do paciente. Desta forma, avaliações da percepção dos usuários pode desempenhar papel importante nas formas da prestação de serviços em saúde³⁻⁵.

Segundo Donabedian apud Malik, a avaliação do ponto de vista do usuário é realizada principalmente por meio da categoria aceitabilidade, que é uma visão do cuidado em relação aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos⁶. Nessa perspectiva, a avaliação aponta condições de acesso ao serviço, relação profissional-paciente, adequação das instalações, entre outros. Apesar da importância de se avaliar as Unidades de Pronto Atendimento, nuances teórico-metodológicas devem ser consideradas, por exemplo, qual o momento ideal para avaliar o atendimento com o usuário, a escala que deve ser usada para classificar a satisfação com o atendimento, e a abordagem de percepções, crenças, modos de vida, que são aspectos que influenciam a utilização dos serviços em geral⁷. Este trabalho teve como objetivo descrever as características sociodemográficas, de utilização e clínicas dos pacientes atendidos na UPA. Pretendeu também avaliar os fatores associados com a qualidade do atendimento da UPA na perspectiva do usuário.

Métodos

Estudo descritivo de corte transversal realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento de referência para a microrregião de saúde de Ouro Preto - Minas Gerais, abrangendo uma população estimada de 124.406 habitantes. Essa UPA constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências da região, tendo realizado 72.904 atendimentos durante o ano de 2012. Caracteriza-se como unidade de porte I¹ e é organizada segundo o fluxo de pacientes em clínica pediátrica e clínica geral. A definição da prioridade do atendimento se dá principalmente por ordem de chegada e registro do paciente, uma vez que a unidade não possui sistema de classificação de risco implantado.

Para este estudo determinou-se uma amostra de conveniência de 200 usuários com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 15 anos, que procuraram a UPA e tiveram seu atendimento realizado. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente a partir da sua chegada e registro na recepção, e abordados pelo entrevistador logo após o atendimento de sua demanda. Caso o paciente apresentasse condições médicas críticas ou

déficit cognitivo ou mental que impedisse de responder a entrevista, o convite era feito ao responsável que o acompanhava. As entrevistas ocorreram durante um período de sete dias consecutivos, nos três turnos (manhã, tarde e noite) e foram orientadas pela aplicação de um questionário semiestruturado que havia sido previamente testado e padronizado.

A variável “qualidade do atendimento na UPA” foi originada da pergunta “*Em geral, como o (a) senhor (a) classifica o atendimento na UPA?*” cujas opções de respostas foram categorizadas em bom (muito bom, bom) e ruim (razoável, ruim, muito ruim). Para investigar a associação com esta variável, foram determinadas as seguintes variáveis: a) Sociodemográficas: sexo, faixa etária, cor/raça, escolaridade; b) Utilização da UPA: dia do atendimento, meio de transporte, tempo médio gasto para chegar à unidade, tempo de permanência na unidade, grupos diagnósticos, adequação do atendimento; c) Avaliação da UPA: satisfação com o atendimento da recepção, do médico e da enfermagem, e classificação da higiene e ambiente.

Para definição da variável “tempo de permanência” considerou-se o horário de chegada do paciente registrado em prontuário e o horário da entrevista do estudo, e a variável “grupos diagnósticos” também foi obtida no prontuário do paciente e agrupada segundo a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁸.

Para avaliar a adequação da utilização da UPA utilizou-se dois protocolos que classificam o atendimento como urgente ou não urgente: Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH)⁹ e do Protocolo de Urgência e Emergência (PUE)¹⁰. Esses protocolos foram utilizados como estudo piloto para avaliar a adequação dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto no ano de 2012.

Todas as variáveis de satisfação com atendimento e classificação da higiene e ambiente da UPA foram apresentadas ao entrevistado no formato de escala Likert de cinco pontos. No entanto, para as análises de associação entre a variável dependente e as independentes as respostas foram dicotomizadas em: satisfeito (totalmente satisfeito, satisfeito), insatisfeito (nem satisfeito/nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito), bom (muito bom, bom) e ruim (razoável, ruim, muito ruim).

Utilizou-se o programa estatístico PASW Statistics 18 para realização das análises quantitativas. Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva a fim de se caracterizar a população do estudo. Em seguida, foi avaliada a associação entre a qualidade do atendimento

na UPA e as demais variáveis usando o teste do qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança.

Ao final da entrevista foi perguntado aos usuários “*Como o (a) senhor (a) se sente em relação à sua demanda? 1) satisfeito, pois a demanda foi resolvida; 2) satisfeito, porém a demanda foi resolvida parcialmente ou 3) insatisfeito, pois a demanda não foi resolvida*”. Neste momento, os usuários deveriam também justificar suas respostas e/ou apresentarem sugestões para melhoria do atendimento. A análise qualitativa dessa pergunta foi realizada de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹¹.

A necessidade de realizar um estudo que abordasse as percepções dos usuários quanto à qualidade de um serviço de maneira quantitativa e qualitativa se deu pela tamanha complexidade do tema e críticas as diversas metodologias adotadas para estudos de satisfação³. Assim, a combinação dos métodos buscou a complementaridade entre eles.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto seguindo as exigências da Resolução nº196/96. Desta forma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos do estudo em duas vias.

Resultados

Participaram do estudo 182 usuários da UPA, os quais eram predominantemente do sexo feminino (57,1%), afrodescendentes (76,5%), e que tinha até o ensino fundamental (45,8%). A idade média foi de $40 \pm 9,9$ anos, sendo a maior proporção de indivíduos (40,1%) pertencentes à faixa etária de 30 a 59 anos (Tabela 1). Não foi possível alcançar o total de 200 entrevistas devido ao fato da procura por atendimentos ser reduzida durante a noite e nos finais de semana.

Apenas 5,5% dos pacientes chegaram à unidade de ambulância, os demais utilizaram transporte coletivo, veículos particulares ou a curta distância permitia que o trajeto fosse percorrido a pé. O tempo decorrido para o acesso a UPA foi menor que 30 minutos para 67,6% dos usuários. Em relação ao tempo de permanência na unidade, a mediana foi de uma hora e dez minutos, sendo que para 19,4% dos atendimentos esse tempo foi menor que 30 minutos (Tabela 1).

Dentre os grupos diagnósticos destacou-se o relacionado às doenças do aparelho respiratório (33,5%). De acordo com os protocolos utilizados para determinar a adequação dos atendimentos em serviços de atenção às urgências, 67,6% dos casos foram considerados não urgentes pelos critérios do PAUH e 50,8% pelo PUE (Tabela 1).

Em relação à satisfação do atendimento e classificação da higiene e ambiente, predominaram avaliações positivas da UPA. O atendimento da enfermagem foi o mais bem avaliado (88,6%) enquanto o ambiente foi o pior avaliado (66,5%). Quanto a variável dependente (qualidade geral do atendimento), a avaliação positiva foi de 73,1% (Tabela 2).

Os aspectos associados à qualidade geral do atendimento foram: idade ($p=0,042$), satisfação com o atendimento da recepção ($p<0,001$), da enfermagem ($p<0,001$) e do médico ($p<0,001$) e classificação da higiene ($p=0,004$) e do ambiente ($p=0,020$) (Tabela 3).

Em relação a demanda, 54,7% ($n=100$) dos usuários relataram estar totalmente satisfeitos com a sua resolução e 36,5% ($n=66$) relaram estar parcialmente satisfeitos. Enquanto somente 8,8% ($n=16$) se mostraram insatisfeitos, justificado por uma demanda não resolvida. Entretanto apenas dois usuários declararam os motivos da sua satisfação, sendo estes relacionados ao atendimento médico.

“(o médico) receitou um remédio adequado”

“o médico é bom”

Os demais usuários relataram pontos negativos do serviço de urgência e a partir de seus depoimentos emergiram duas categorias temáticas: dimensão relacional e dimensão organizacional e estrutural.

A relação entre usuários e profissionais de saúde e usuários e funcionários foi um forte motivo para a insatisfação. Para alguns entrevistados, além dos médicos, os funcionários da recepção não ofereceram escuta, compreensão, acolhida e gentileza esperada pelos mesmos, como pode ser observado nos depoimentos a seguir.

“(faltam) profissionais mais acolhedores”

“(falta) mais clareza nas informações da recepção”

“O médico não explicou direito, não teve boa vontade”

“(falta) mais educação por parte dos funcionários”

“(é preciso) investir mais na recepção: curso de capacitação e treinamento”

“Falta o médico ter mais paciência”

Os relatos da insatisfação em relação ao atendimento médico foram pautados também na não solicitação de exames, não concessão de atestados médicos, bem como atrasos destes profissionais e demora em determinar um diagnóstico.

“O médico demorou para dar o diagnóstico, me deixando insegura”

Na dimensão organizacional e estrutural outro fato que levou à insatisfação do usuário foi a forma de organização do serviço. Foram citados: excesso de burocracia no referenciamento para o nível terciário de atenção, demora no atendimento e falta de profissionais médicos em tempo integral.

“É preciso menos burocracia para transferência (para hospital local)”

“(devia ter) mais agilidade no atendimento”

“Deveria haver organização e revezamento no horário de almoço dos médicos”

Além disso, problemas na infraestrutura como falta de água, de produtos de higiene, copos descartáveis, precariedade de algumas instalações, assim como a limpeza do local foram relatados pelos entrevistados.

“(Falta) copo descartável para tomar medicamentos”

“É preciso reformar o banheiro do leito”

“Precisa melhorar a limpeza”

Discussão

O perfil sociodemográfico indicou predominância de usuários do sexo feminino, afrodescendentes e de baixa escolaridade, o que é corroborado por estudos que apontam que estes são os grupos populacionais que mais utilizam os serviços públicos de saúde no Brasil^{13,14}.

Segundo Esperidião e Trad a investigação de associação entre fatores socioeconômicos e satisfação do usuário, apresenta-se em geral, bastante divergente⁷. No presente estudo, apenas idade mostrou-se associada com a avaliação da qualidade da UPA, indicando que os usuários de menor faixa etária encontram-se mais insatisfeitos, este fato também se observa nos estudos de Mendes et al.¹⁵ e Ekwall¹⁶. Há de se ressaltar que a avaliação da qualidade de um serviço de saúde se baseia em diversos fatores além dos socioeconômicos, como históricos, culturais, políticos e institucionais¹⁷.

A satisfação dos usuários foi maior em relação ao desempenho dos profissionais quando comparado a satisfação com a organização da UPA (higiene e ambiente), o que foi retratado em ambas as análises, quantitativa e qualitativa. Estes dados foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Mendes et al.¹⁵ e Hollanda¹⁸.

De maneira geral, obtivemos altas proporções de avaliações positivas quanto à qualidade do atendimento na UPA. Esta característica é também reconhecida por outros estudos que indicam a tendência dos usuários considerarem satisfatórios os critérios investigados com base em diferentes metodologias, especialmente em estudos que abordam a visão do usuário^{16,19,20}.

A literatura identifica que a alta satisfação é reportada mesmo quando as expectativas dos usuários sobre os serviços são negativas, determinando o chamado “efeito de elevação”³. Este fenômeno, mais comum em países em desenvolvimento, pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, ainda que o considere de baixa qualidade. Destaca-se ainda a relutância dos usuários em expressar opiniões negativas sobre o serviço, denominado viés de gratidão^{3,12}.

Apesar dos índices de satisfação encontrados, observou-se nos relatos insatisfação com o serviço oferecido pela unidade, tanto na dimensão relacional quanto na organizacional. Merhy discute que as relações estabelecidas entre usuários e profissionais da saúde e usuários e funcionários, por exemplo, na recepção, são aspectos decisivos na solução de seus problemas, e consequentemente na sua percepção de satisfação²¹.

No nosso estudo a recepção foi uma das variáveis associada com a satisfação ($p < 0,001$). É neste ambiente que os pacientes são registrados e esperam ser escutados e ter sua demanda acolhida²². Segundo Giglio-Jacquemot, os recepcionistas são os funcionários do serviço de saúde mais propensos a enfrentar comentários negativos, irritações, suplicações e queixas pela demora em obter atendimento²³. Barros se refere a este ambiente como um espaço de descargas emocionais dos usuários²⁴. Sendo assim, a maneira como o paciente é recepcionado é fator essencial para um maior bem-estar dentro da unidade^{19,25}.

Diversos autores destacam a grande influência que o atendimento médico na perspectiva de qualidade do serviço, na visão do paciente. Ainda, a satisfação do usuário frente a esse profissional, em parte, se explica pela relação de poder historicamente estabelecida, o médico detentor do cuidado e com alto prestígio social. Quando o atendimento se dá de forma atenciosa, os usuários dos serviços de urgência tendem a supervalorizar o atendimento do médico, extrapolando para a avaliação geral do serviço^{20,26,27}.

O atendimento da enfermagem foi outra variável associada com a satisfação ($p < 0,001$) apresentado maior percentual de avaliações positivas (88,6%), este dado é reforçado pela ausência de depoimentos negativos em relação a este profissional. A satisfação com a enfermagem não se baseia apenas na demonstração de habilidades técnicas, mas também nas relações interpessoais que se estabelece com o usuário. Os atributos mais valorizados pelos usuários na relação com o enfermeiro se baseiam na comunicação, confiança e no cuidado^{28,29}.

Os depoimentos dos usuários indicam necessidades relacionadas à infraestrutura e organização da UPA. Higiene e limpeza são consideradas por Righ et al, fatores primordiais em um serviço de saúde e, a avaliação negativa de ambos evidencia aspectos importantes a serem melhorados³⁰.

Além das dimensões já mencionadas, a satisfação do usuário é influenciada também pela utilização do serviço. A avaliação da adequação dos atendimentos com base no PAUH indicou que a maioria dos usuários utiliza o serviço de maneira inadequada (67,6%), enquanto que pela avaliação do PUE a inadequação foi de aproximadamente 50% dos atendimentos. A ausência de sistema de classificação de risco na UPA de Ouro Preto pode ter contribuído para esses resultados, visto que a demanda direta predominou na forma da procura a este serviço de saúde. De acordo com Damghi et al pacientes triados como urgentes são mais satisfeitos

quando comparado com os não urgentes, possivelmente por receberem atendimento mais rápido e maior atenção dos profissionais do serviço²⁶, apesar de em nosso estudo não termos encontrado associação significativa.

Ao longo do trabalho apresentamos algumas dificuldades metodológicas na pesquisa acerca do tema satisfação. Ressaltamos ainda que os nossos achados podem estar limitados pelo curto período de tempo da coleta de dados, mesmo que tenha sido em uma semana em que a unidade funcionou regularmente.

Do nosso conhecimento, esta foi a primeira pesquisa que buscou compreender a qualidade do serviço de urgência de Ouro Preto a partir da visão do usuário. Esperamos que essa avaliação reflita em aperfeiçoamento para essa Unidade de Pronto Atendimento.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2011; 8 nov. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html>. Acesso em 03 de maio de 2012.
2. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Brasília: UNESCO; 2006.
3. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Cien Saude Colet. 2005; 10 Suppl:303-312.
4. Yarris LM, Frakes B, Magaret N, Adams AL, Brooks Heather, Norton, RL. How Accurately Can Emergency Department Providers Estimate Patient Satisfaction? West J Emerg Med. 2013; 8 (4):351-357.
5. Bleich SN, Özaltin E, Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ. 2009; 87:271-278.

6. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. São Paulo:Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
7. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico conceituais. Cad Saude Publica. 2006; 22 (6):1267-1276.
8. Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo:USP, 2007.
9. Selva TS; Peiró S; Pina OS; Espín CM; Aguilera IL. Validez Del protocolo de adecuación de urgências hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 1999; 73(4):465-479.
10. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; 2006.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.
12. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Cien Saude Colet. 2005; 10(3):599-613.
13. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Cien Saude Colet. 2011; 16(9):3807-3816.
14. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2008; 17(4):247-257.
15. Mendes ACG, Araújo Júnior JLCA, Furtado BMAS, Duarte PO, Santiago RF, Costa TR. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009; 9(2):157-165.
16. Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. J Clin Nurs. 2008; 17:800-809

17. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev crít ciênc soc.* 2009, 85:65-82.
18. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(12):3343-3352.
19. Seleglim MR, Teixeira JÁ, Matsuda LM, Inoue KC. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. *Rev. Rene.* 2010; 11(3):122-131.
20. Soleimampour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *Int J Emerg Med.* 2011, 4(2):1-7.
21. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In:Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo:HUCITEC; 1994. p. 117-60.
22. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):41-7.
23. Giglio-Jacquemot, A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
24. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(5):2473-2482.
25. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enf.* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2013 jun 6]; 11(1):151-157 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.

26. Damghi N, Belayachi J, Armel B, Zekraoui A, Madani N, Abidi K, Benchekroun AB, Zeggwagh AA, Abouqal R. Patient satisfaction in a Moroccan emergency department. *International Archives of Medicine* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2013 jul 17]; 6 (20): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.intarchmed.com/content/6/1/20>
27. Silva, A.C.M. A qualidade dos serviços de urgência-percepção dos utentes e prestadores. 2009. 260p. Dissertação (mestrado em Gestão Pública). Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Aveiro, Aveiro, 2009.
28. Vaz CROT. Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência [Dissertação]. Lisboa (Portugal): Universidade Aberta; 2008.
29. Lovato E, Minniti D, Giacometti M, Sacco R, Piolatto A, Barberis B, Papalia R, Bert F, Siliquini R. Humanisation in the emergency department of an Italian hospital: new features and patient satisfaction *Emerg Med J*. 2012; 30:487-491.
30. Righ AW, Schmidt AS, Venturini JC. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista Produção Online* [periódico na internet]. 2010 [acessado 2013 ago 19]; 10(3) [cerca de 21 p]. Disponível em: <http://producaoonline.org.br/rpo/article/view/405>.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de utilização e clínicas dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012

Características	Frequência absoluta^a	Frequência relativa
Sociodemográficas		
Sexo		
<i>Masculino</i>	78	42,9
<i>Feminino</i>	104	57,1
Faixa etária (anos)		
<i>15 a 19</i>	24	13,3
<i>20 a 29</i>	51	28,2
<i>30 a 59</i>	73	40,3
<i>60 e mais</i>	33	18,2
Cor/Raça		
<i>Branca</i>	42	23,5
<i>Afrodescendentes</i>	137	76,5
Escolaridade		
<i>Não estudou</i>	16	8,8
<i>Ensino Fundamental</i>	67	37,0
<i>Ensino Médio</i>	75	41,4
<i>Ensino Superior</i>	23	12,7
Utilização da UPA		
Dia do atendimento		
<i>Dia útil</i>	148	81,3
<i>Fim de semana</i>	34	18,7
Meio de transporte		
<i>Ambulância</i>	10	5,5
<i>Meios próprios</i>	172	94,5
Tempo médio gasto para chegar à UPA		
<i>< 30 minutos</i>	123	67,6
<i>≥ 30 minutos < 1 hora</i>	51	28,0
<i>≥ 1 hora</i>	8	4,4
Tempo de permanência na UPA		
<i>< 30 minutos</i>	33	19,4
<i>≥ 30 minutos < 1:10</i>	49	28,8
<i>≥ 1:10 < 2:40</i>	46	27,1
<i>≥ 2:40</i>	42	24,7

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de utilização e clínicas dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012 (continuação)

Características	Frequência absoluta^a	Frequência relativa
Diagnóstico (CID – 10)		
<i>Doenças do aparelho respiratório</i>	60	33,5
<i>Lesões, envenenamentos e outras causas externas</i>	24	13,4
<i>Doenças do sistema osteomuscular</i>	18	10,1
<i>Sintomas, sinais e achados anormais de exames</i>	17	9,5
<i>Doenças do aparelho digestivo</i>	14	7,8
<i>Doenças do aparelho geniturinário</i>	12	6,7
<i>Doenças do aparelho circulatório</i>	10	5,6
<i>Outros capítulos^b</i>	24	13,4
Adequação do atendimento – PAUH		
<i>Urgente</i>	59	32,4
<i>Não Urgente</i>	123	67,6
Adequação do atendimento - PUE		
<i>Urgente</i>	88	48,4
<i>Não urgente</i>	94	51,6

^a Varia de acordo com os dados ignorados.

^b Outros capítulos: Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Causas externas de morbidade e mortalidade, Doenças da pele e tecido subcutâneo, Doenças dos olhos e anexos, Doenças do ouvido e da apófise mastoide, Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e Transtornos metais e comportamentais.

Tabela 2 – Frequências observadas das características relacionadas à avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012

Característica	Frequência absoluta^a	Frequência relativa
Classificação geral do atendimento		
<i>Muito bom/ Bom</i>	133	73,1
<i>Razoável</i>	42	23,1
<i>Muito ruim/Ruim</i>	7	3,8
Satisfação com o atendimento da recepção		
<i>Muito satisfeito/Satisfeito</i>	146	80,2
<i>Nem satisfeito, nem insatisfeito</i>	28	15,4
<i>Muito insatisfeito/Insatisfeito</i>	8	4,4
Satisfação com o atendimento do médico		
<i>Muito satisfeito/Satisfeito</i>	137	75,7
<i>Nem satisfeito, nem insatisfeito</i>	35	19,3
<i>Muito insatisfeito/Insatisfeito</i>	9	5,0
Satisfação com o atendimento da enfermagem		
<i>Muito satisfeito/Satisfeito</i>	140	88,6
<i>Nem satisfeito, nem insatisfeito</i>	16	10,1
<i>Muito insatisfeito/Insatisfeito</i>	2	1,3
Classificação da higiene		
<i>Muito bom/ Bom</i>	131	72,4
<i>Razoável</i>	38	20,9
<i>Muito ruim/Ruim</i>	12	6,6
Classificação do ambiente		
<i>Muito bom/ Bom</i>	121	66,5
<i>Razoável</i>	50	27,5
<i>Muito ruim/Ruim</i>	11	6,0

^a Varia de acordo com os dados ignorados.

Tabela 3 – Fatores associados à qualidade do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012

Variável	Qualidade do atendimento n ^a (%)		X ² de Pearson
	Boa	Ruim	
Sexo			0,177
<i>Masculino</i>	53 (67,9)	25 (32,1)	
<i>Feminino</i>	80 (76,9)	24 (23,1)	
Idade^b (anos)			0,042
<i>< 40</i>	66 (67,3)	32 (32,7)	
<i>≥ 40</i>	67 (80,7)	16 (19,3)	
Cor/Raça			0,680
<i>Branca</i>	32 (76,2)	10 (23,8)	
<i>Afrodescendentes</i>	100 (73,0)	37 (27,0)	
Escolaridade			0,389
<i>Não estudou</i>	14 (87,5)	2 (12,5)	
<i>Fundamental–Médio incompleto</i>	78 (71,6)	31 (28,4)	
<i>Médio completo – Superior completo</i>	40 (71,4)	16 (28,6)	
Dia da semana			0,717
<i>Dia útil</i>	109 (73,6)	39 (26,4)	
<i>Fim de semana</i>	24 (70,6)	10 (29,4)	
Meio de transporte			0,821
<i>Ambulância</i>	7 (70,0)	3 (30,0)	
<i>Meios próprios</i>	126 (73,3)	46 (26,7)	
Tempo gasto para chega na UPA			0,494
<i>< 30 minutos</i>	91 (74,0)	32 (26,0)	
<i>≥ 30 minutos < 1 hora</i>	35 (68,6)	16 (31,4)	
<i>≥ 1 hora</i>	7 (87,5)	1 (12,5)	
Tempo de permanência na UPA			0,485
<i>< 30 minutos</i>	27 (81,8)	6 (18,2)	
<i>≥ 30 < 70 min</i>	35 (71,4)	14 (28,6)	
<i>≥ 70 minutos</i>	63 (71,6)	25 (28,4)	
Adequação do atendimento - PAUH			0,967
<i>Urgente</i>	43 (72,9)	16 (27,1)	
<i>Não Urgente</i>	90 (73,2)	33 (26,8)	
Adequação do atendimento - PUE			0,918
<i>Urgente</i>	64 (72,7)	24 (27,3)	
<i>Não Urgente</i>	69 (73,4)	26 (26,6)	

Tabela 3- Fatores associados à qualidade do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012 (continuação)

Variável	Qualidade do atendimento		X ² de Pearson
	n ^a (%)		
	Boa	Ruim	
Satisfação com recepção			<0,001
<i>Satisfeito</i>	120 (82,2)	26 (17,8)	
<i>Insatisfeito</i>	13 (36,1)	23 (63,9)	
Satisfação com médico			<0,001
<i>Satisfeito</i>	113 (82,5)	24 (17,5)	
<i>Insatisfeito</i>	19 (43,2)	25 (56,8)	
Satisfação com enfermagem			<0,001
<i>Satisfeito</i>	109 (77,9)	31 (22,1)	
<i>Insatisfeito</i>	5 (27,8)	13 (72,2)	
Classificação higiene			0,004
Bom	103 (79,2)	27 (20,8)	
Ruim	29 (58,0)	21 (42,0)	
Classificação ambiente			0,020
Bom	95 (78,5)	26 (21,5)	
Ruim	38 (62,3)	23 (37,7)	

^a Varia de acordo com os dados ignorados.

^b Categoria definida com base na média de idade dos pacientes.

Perfil dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento: caracterização da demanda e do uso inadequado

Geralda Vanessa Campos Machado^I; Fernando Luiz Pereira de Oliveira^{II}; Helinton André Lopes Barbosa^{III}; Luana Giatti^{IV}, Palmira de Fátima Bonolo^V

^(I) Programa de Pós-graduação em Saúde e Nutrição da UFOP

^(II) Departamento de Estatística da UFOP

^(III) Pesquisador da UFOP

^(IV) Departamento de Nutrição Clínica e Social da Escola de Nutrição - UFOP

^(V) Setor de Saúde Coletiva, Escola de Medicina – UFOP

Resumo

Objetivo: Descrever a inadequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e verificar associação entre variáveis selecionadas. **Métodos:** Foi selecionada uma amostra dos atendimentos realizados em uma UPA, durante o ano de 2012 com base nas técnicas de aleatorização estratificada e, simples sem reposição. O uso inadequado da UPA foi avaliado a partir da aplicação do Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares. Após análise descritiva foi realizada análise estatística através do qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança para verificar associações entre o uso inadequado e demais variáveis. **Resultados:** Analisou-se 804 atendimentos, sendo considerados inadequados 58,8%. Estiveram associadas com a inadequação: faixa etária (15 a 24 anos; $p=0,05$), dia do atendimento (dia útil; $p<0,001$) e tipo procura (procura direta; $p<0,001$). **Considerações Finais:** Ressalta-se a importância de implantação de um sistema de classificação de risco, a fim reorganizar o fluxo de pacientes e garantir atenção prioritária aos casos mais graves.

Palavras-chave: Mau Uso de Serviços de Saúde; Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar; Estudos de Avaliação; Epidemiologia

ABSTRACT

Objective: To describe the inadequate healthcare provided in an Emergency Care Service (ECS) and assess the association with selected variables. **Methods:** A sample of the attendances in an ECS during the year 2012, based on stratified random sampling and simple random sampling without replacement, was selected. Inadequate use of the ECS was evaluated using the Hospital Urgencies Appropriateness Protocol. After descriptive analysis, statistical analysis was performed using the Pearson chi-square test with 95% confidence to detect associations between inadequate use and other variables. **Results:** We analyzed 804 attendances, 58.8% were considered inadequate. Factors associated with inadequacy: age (15-24 years, $p=0.05$), day of attendance (weekday, $p<0.001$) and type of demand (direct demand, $p<0.001$). **Conclusion:** We emphasize the importance of implementing a risk classification system in order to reorganize the flow of patients and guarantee priority attention to more severe cases.

Key words: Health Services Misuse; Emergency Medical Services; Evaluation Studies; Epidemiology

Introdução

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou grandes avanços em sua organização e operacionalização. No entanto, devido a sua complexidade, muitos problemas ainda precisam ser superados para que este sistema promova efetivamente o acesso universal, integral e equânime à saúde para a população brasileira¹.

Como alternativa ao modelo vigente, caracterizado por atenção curativa e intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, tem-se buscado inovar a organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento de Redes de Atenção em Saúde (RAS). Essas redes de saúde se caracterizam por relações horizontais estabelecidas entre os diferentes serviços de saúde, com o objetivo de garantir integralidade da assistência².

Seguindo esta tendência de reorganização da atenção, no ano de 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências³ para prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo nas urgências e emergências.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) constituem um componente pré-hospitalar fixo da rede de urgências, que deve funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, com uma equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte⁴.

Estes serviços são por vezes utilizados por usuários não urgentes, que utilizam a UPA como alternativa aos obstáculos para acessar os serviços de atenção primária à saúde⁶. Apesar dessa prática parecer mais resolutiva para o usuário, ela pode desencadear uma série de prejuízos para o sistema e ocasionar filas nos serviços de urgência, lentidão no atendimento inclusive de casos graves, estresse na equipe e nos pacientes, entre outros.

Diante do exposto, esse estudo objetivou descrever a utilização de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e verificar características associadas à inadequação dos atendimentos realizados durante o ano de 2012.

Métodos

Delineamento

Realizou-se um estudo quantitativo, de delineamento transversal e abordagem descritivo-analítica, baseado na análise de prontuários dos pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento entre 01 de janeiro e 20 de dezembro de 2012.

Local de estudo

A Unidade de Pronto Atendimento selecionada constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências da microrregião de saúde de Ouro Preto, que engloba os municípios de Ouro Preto, Mariana e Itabirito.

Este serviço mantém funcionamento ininterrupto nas clínicas pediátrica e do adulto. Uma vez que não havia, no período do estudo, um sistema de classificação de risco implantado, o fluxo dos atendimentos dentro da unidade era definido na maioria das vezes pela ordem de chegada e registro na recepção.

Cálculo amostral

A determinação do tamanho amostral da pesquisa baseou-se na técnica de Amostragem Aleatória Estratificada⁷, que consiste na divisão da população em diferentes estratos ou subpopulações que não se superpõem e, juntas abrangem a totalidade da população, ou seja:

$$N_1 + N_2 + \dots + N_L = N$$

Em que:

N_i representam estratos populacionais;

N é a quantidade total de indivíduos na população.

Tais subpopulações ($1, 2, \dots, L$) são então submetidas ao processo de amostragem, isto é:

$$n_1 + n_2 + \dots + n_L = n$$

Onde:

n_i representam as grandezas das amostras dentro dos respectivos estratos;

n é a quantidade amostral global.

O tamanho da amostra (n) depende da margem de erro definida para o estudo, ou seja, para essa pesquisa deseja-se uma margem de erro (d) máximo de 0,03 ou três pontos percentuais.

O cálculo do tamanho amostral é dado por:

$$n = \frac{(\sum W_h S_h)^2}{V + (1/N) \sum W_h S_h^2}$$

Onde:

$W_h = \frac{N_h}{N}$ é o peso do estrato h , com N_h o tamanho populacional desse estrato;

V é a variância definida a partir da estimativa de erro $V = \left(\frac{d}{Z_{\alpha/2}} \right)^2$, com $Z_{\alpha/2}$ representando

o percentil da distribuição normal com nível $\alpha = 0,05$;

N é o total populacional;

S_h^2 representa a variância nos estratos (definida como 0,25 e, garantindo assim um maior número de elementos na amostra).

Atendendo ao exposto, o número de atendimentos realizados na UPA durante o período definido ($N = 72904$) foi subdividido em estratos independentes, respeitando-se a organização do serviço em suas duas clínicas: médica ($N_m = 57146$) e pediátrica ($N_p = 15758$), ou seja, são dois os estratos que dividem a população. Dessa forma, o tamanho amostral n global pode ser calculado pela expressão:

$$n = \frac{(\sum W_h S_h)^2}{V + (1/N) \sum W_h S_h^2}$$

Que substituindo por valores numéricos proporcionou o cálculo efetivo, ou seja:

$$n = \frac{\left(\frac{57146}{72904} \cdot 0,5 + \frac{15758}{72904} \cdot 0,5\right)^2}{\left(\frac{0,03}{1,96}\right)^2 + \left(\frac{1}{72904}\right) \left[\frac{57146}{72904} \cdot 0,25 + \frac{15758}{72904} \cdot 0,25\right]} \cong 1052$$

Sendo assim, foram necessárias 1052 unidades amostrais e, para cada grupo - clínica pediátrica e de adultos – foram definidas 12 subpopulações ($N_1, N_2, N_3... N_{12}$) referentes à distribuição dos atendimentos nos meses do ano. Assim, cada mês representou um substrato dentro do universo amostral. Cada um desses substratos teve quantidades de amostras alocadas conforme a proporção de atendimentos⁷, seguindo a fórmula:

$$n_{hi} = n \frac{N_{hi}}{N_h}$$

Onde:

N_{hi} representa a quantidade de atendimentos no substrato i ($i=1, 2, \dots, 12$) referente ao estrato h ($h=1, 2$);

Nh é a quantidade de atendimentos no estrato h ;

n_{hi} significa a quantidade amostral para o substrato i referente ao estrato h .

Com as seleções determinadas de forma proporcional e separadas nos diferentes estratos e substratos, a amostra de 1052 atendimentos foi dividida entre as clínicas, permanecendo na clínica de adultos uma amostra de 825 atendimentos.

Para finalizar o processo de amostragem e aleatorização dentro de cada mês, a seleção interna aos estratos obedeceu a Amostragem Aleatória Simples Sem Reposição⁸. Desta forma, os números de prontuários de todos os pacientes atendidos durante o ano foram submetidos ao *software* Minitab 16 para que a amostra fosse selecionada aleatoriamente.

Todos os processos amostrais foram feitos de forma probabilística, garantindo assim margens de erro e estimativas de confiabilidade, consolidando o processo inferencial sobre as populações pesquisadas, bem como a qualidade da pesquisa.

Coleta dos dados

Após a seleção aleatória, os prontuários selecionados foram localizados e os dados de identificação do paciente omitidos. As informações de interesse eram digitadas de forma independente por dois pesquisadores, e nos casos em que havia discordância entre as informações coletadas por cada um deles, um terceiro pesquisador era acionado e o prontuário reavaliado.

Foram coletadas as seguintes informações dos prontuários dos pacientes: sexo (masculino, feminino), faixa etária (15 a 24; 25 a 44; 45 a 64 e 65 anos e mais), procedência (sede do município onde a UPA está localizada; distritos do município sede; outro município), dia do atendimento (dia útil; sábado/domingo/feriado), turno do atendimento (madrugada – 00:00 às 05:59; manhã – 06:00 às 11:59; tarde – 12:00 às 17:59; noite – 18:00 às 23:59), tipo de procura da UPA (direta; outro – conduzido por um serviço de suporte e.g., Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e SAMU ou encaminhado por profissional de outro serviço de saúde), conduta (medicação; observação) e desfecho do atendimento (alta; referido para especialidade ou UBS; internação).

O uso inadequado da UPA foi determinado com base no Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar (PAUH). Este protocolo avalia a adequação dos atendimentos realizados

nos serviços de urgência em pacientes com idade igual ou superior a 15 anos, excluindo-se as urgências obstétricas e, considera como adequado o atendimento que preencha ao menos um dos seus critérios⁹.

Foram excluídos 21 prontuários de pacientes com idade fora do limite proposto pelo PAUH, restando uma amostra de 804 prontuários da clínica de adultos avaliados neste trabalho.

Análise

A análise dos dados foi realizada pelo SPSS *Statistics* versão 18. Inicialmente realizou-se análise descritiva dos dados, sendo verificadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, bem como a distribuição proporcional das variáveis em relação ao desfecho. Em seguida, realizou-se a análise estatística, que se baseou na realização de dois testes: 1) Qui-quadrado de Pearson com 95% de confiança para identificar possíveis associações entre o uso inadequado da UPA e as demais variáveis e, 2) Regressão Logística Binária baseada no método *stepwise backward* para estimação do Odds Ratio.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 04037312.3.0000.5150) conforme ofício CEP nº 122/2012, de 25 de outubro de 2012.

Resultados

No ano de 2012, foi realizado um total de 72.904 atendimentos na UPA estudada, o que representa em média, 200 atendimentos por dia. Em média, cada paciente consultou a UPA duas vezes ($dp=2$) durante o ano, variando de uma a 145 (cento e quarenta e cinco) consultas. Ressalta-se que 16,4% delas consultaram quatro vezes ou mais, característica que define o usuário frequente de serviços de urgência^{10,11}. A clínica de adultos foi responsável por 78,4% dos atendimentos realizados na unidade.

Entre os 804 atendimentos incluídos na amostra do presente estudo, constatou-se que a maioria dos atendimentos foi em pacientes do sexo feminino (58,7%) e 37,6% tinha entre 25 a 44 anos de idade. A idade média foi de 39,5 anos ($dp\pm 17,4$ anos; 15-88 anos).

A Tabela 1 mostra que aproximadamente três quartos dos atendimentos foram realizados nos dias úteis (76,6%), sendo os períodos da manhã e tarde os turnos em que houve mais atendimentos, juntos representaram 75,5% dos atendimentos. Ainda em relação aos dias da semana, havia maior número de atendimentos nos dias de quarta-feira (18,2%) e menor no sábado (10,1%) (dados não apresentados).

Dos 755 prontuários em que havia registro da procedência do paciente identificou-se que entre os pacientes atendidos, a grande maioria residia no município sede, sendo que 81,2% viviam na sede e 17,5% nos distritos (Tabela 1). Foi possível identificar que 96,0% dos pacientes procuraram o serviço por conta própria, entre os 4,0% restantes, que corresponde a 32 pacientes, 3,5% foram conduzidos por um serviço de suporte e 0,5% encaminhado por outro profissional ou serviço de saúde.

Entre os prontuários que havia registro da conduta, 81,2% dos pacientes foram medicados dentro da UPA e, 18,8% mantidos em observação. Ressalta-se que em 42,2% dos prontuários não foi possível coletar informações sobre as condutas médicas (Tabela 1).

As doenças relacionadas ao aparelho respiratório (27,0%), ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (15,2%) e, devido a lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (12,3%) foram os grupos de causas mais frequentemente encontrados entre os atendimentos da UPA. Quando avaliados de acordo com o protocolo, entre atendimentos adequados e inadequados, as doenças relacionadas ao aparelho respiratório permaneceram como a primeira causa em ambos os casos. Entre os casos adequados, os diagnósticos relacionados a “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos” ocuparam a segunda posição. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo ocuparam a segunda posição entre os grupos diagnósticos não urgentes (dados não apresentados).

Finalizado o atendimento dentro da unidade, 78,3% receberam alta e 9,1% foram encaminhados para alguma especialidade e 10,1% para a atenção primária.

Foram considerados inadequados 58,8% dos atendimentos investigados, por não preencherem nenhum dos critérios do PAUH (Tabela 1). Os casos adequados foram determinados principalmente pelo preenchimento de critérios do protocolo que faziam menção à administração de fluidos ou medicação por via intravenosa (24,4%, n=196), radiologia de qualquer tipo (12,6%, n=101) e testes laboratoriais (11,9%, n=96) (dados não apresentados).

Estiveram associados significativamente com a adequação do uso da UPA o dia em que o atendimento foi realizado ($p < 0,001$) e o tipo de procura ($p < 0,001$). A análise multivariada indicou uma associação inversa entre uso inadequado da UPA e procura durante os fins de semana e feriados. Estes pacientes apresentaram um risco 45% inferior de usar o serviço inadequadamente quando comparado àqueles que foram atendidos durante os dias úteis (OR=0,550; IC 95%: 0,387-0,780). Esta análise indicou ainda que os pacientes que haviam procurado o serviço por conta própria tinham uma chance 3,7 vezes maior de usar a UPA inadequadamente (OR=3,746; IC 95%: 1,544-9,092). Em relação às faixas etárias, o teste do Qui-quadrado de Pearson forneceu um valor de p limítrofe ($p=0,050$), ficando demonstrada pela análise multivariada que os pacientes mais jovens (faixa etária de 15 a 24 anos) tinham aproximadamente duas vezes mais chance de utilizar o serviço inadequadamente quando comparado com os pacientes de maior faixa etária, ou seja, aqueles com 65 anos ou mais (OR=0,010; IC 95%: 1,186-3,521). O p valor $< 0,05$ da estatística de Wald indicou que estas variáveis contribuíram de modo significativo com o desfecho de interesse – utilização adequada ou inadequada da Unidade de Pronto Atendimento (Tabela 2).

Apesar de não apresentarem diferença estatisticamente significativa, podemos observar que proporcionalmente, os usuários que utilizaram o serviço no período entre 06:00 e 17:59 foram os que mais utilizaram inadequadamente a UPA, mas destaca-se ainda que em todos os turnos o percentual de inadequação esteve acima dos 50%. Homens e mulheres apresentaram percentuais de inadequações muito próximos, 58,5% e 59,3% respectivamente. Da mesma forma, o fato de residir na sede, nos distritos ou em outros municípios, não apresentou diferença significativa, apesar de haver mais casos inadequados entre os residentes na sede.

Não se investigou associação entre a adequação do uso da UPA e conduta clínica e desfecho do atendimento, uma vez que estas variáveis compõem alguns dos critérios descritos no PAUH: “o paciente está há mais de 12 horas na observação do serviço de emergência”, e, “o paciente foi encaminhado para internação”. Destaca-se ainda que a exclusão de 21 prontuários da análise não representou perda diferencial uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções de uso inadequado entre o grupo excluído e o que permaneceu no estudo.

Discussão

A sobreutilização das Unidades de Pronto Atendimento tem sido amplamente discutida na literatura e rotineiramente associada ao uso inadequado¹²⁻¹⁵. Neste estudo, mais da metade dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento foram classificados como inadequados pelo PAUH. Este uso esteve associado com o dia do atendimento, o tipo de procura e a faixa etária dos usuários. O uso deste serviço por pacientes que não apresentam situações de urgência ou emergência representam uma demanda extra que pode gerar aumento no tempo de espera e diminuição na qualidade do atendimento e ainda incremento nos gastos públicos com saúde^{12,16}.

Apesar de ser cadastrada como uma unidade de porte I, capacitada para realizar até 150 atendimentos diários, a UPA investigada neste trabalho, realizou no ano de 2012 aproximadamente 200 atendimentos diários. Estimou-se que 58,8% dos atendimentos realizados na clínica de adultos desta unidade são considerados inadequados de acordo com os critérios do PAUH. O percentual de inadequação dos atendimentos realizados em serviços de urgência relatado na literatura é bastante diverso, variando de 19,0% a 74,5%, parcialmente por diferentes metodologias empregadas para classificar os atendimentos^{5, 17-22}.

Pelo menos 10,1% dos atendimentos poderiam ter sido adequadamente resolvidos no nível de atenção primária, uma vez que de acordo com a variável “desfecho do atendimento”, estes pacientes foram encaminhados para serviços da APS, os quais deveriam funcionar como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde²³. Esta realidade demonstra a importância de ser avaliar o uso dos serviços de saúde, como estratégia do planejamento da gestão de saúde, permitindo assim a identificação das demandas e realocação dos pacientes em serviços que correspondam às suas necessidades.

Parte do uso inadequado das Unidades de Pronto Atendimento é atribuída a pacientes considerados “usuários frequentes”. Em nosso estudo, 16,4% dos usuários tiveram quatro ou mais consultas, valor superior aos encontrados em outros estudos (3,8%¹⁰ e 8,0%¹¹).

Em relação ao tipo de procura, mais de 95% dos atendimentos foram realizados por pacientes que procuraram a UPA por iniciativa própria. Durand et al.¹³, Andrés et al.¹⁸ e Carret et al.²⁴, demonstraram em seus estudos que 63,4%, 87,6% e 76,7%, respectivamente, dos atendimentos foram realizadas em usuários que buscaram o serviço por conta própria ou por aconselhamento de familiares e amigos. A procura espontânea pelo serviço de urgência esteve relacionada com o aumento de casos inadequados. Carret et al.⁶ relatam que os pacientes

encaminhados ao serviço de urgência por profissionais da saúde têm 30% menos chance de ter uma utilização inadequada do mesmo.

Além do tipo de procura, o dia que o paciente buscou o atendimento na UPA também esteve relacionado com o uso inadequado do serviço. Durante os finais de semana e feriados a demanda na UPA era reduzida e havia maior proporção de atendimentos adequados. Este fato pode indicar que os pacientes que fazem uso inadequado não se deslocam até a unidade naqueles dias habitualmente reservados para o descanso e lazer. Coelho et al.¹² e Furtado et al.⁵ relatam que há uma maior busca do serviço de urgência na segunda-feira possivelmente por um acúmulo de demanda durante o fim de semana. Nos dias úteis, as Unidades de Atenção Primária à Saúde em funcionamento contribuiriam para filtrar os atendimentos da UPA²⁴, desde que a rede de atenção à saúde no município esteja bem constituída.

A população mais jovem, que representa cerca de um quarto dos atendimentos da UPA, é a que mais utiliza inadequadamente os serviços de urgência e emergência^{19, 25-27}. Este fato pode ser explicado em parte pelo fato dos pacientes idosos apresentarem situações clínicas mais graves, necessitando de atendimento mais urgente¹⁷, diminuindo as chances de um atendimento inadequado^{18, 19}. Jacobs²⁸ ilustra esta realidade ao relatar que o número de internações e observações (característicos dos atendimentos de urgência) aumenta progressivamente com a idade, passando de 11,9% na menor faixa etária (1 a 4 anos) a 49,34% na maior (80 anos e mais). Além disso, entende-se que com o avançar da idade aumenta a prevalência de doenças crônicas e comorbidades e, conseqüentemente, a chance do paciente ter consultado previamente outro profissional ou serviço de saúde²⁵, fato que, como já discutido anteriormente, diminui as chances de utilização inadequada do serviço de urgência.

Apesar de não se ter encontrado diferença estatística entre os sexos, alguns estudos indicam que o sexo feminino é mais propenso a utilizar inadequadamente o serviço de urgência^{19, 25}. Bastos et al.²⁹ relatam que os homens procuram o sistema de saúde diretamente pela atenção especializada devido ao fato de demorarem mais a procurar o serviço, ocasionando agravamento da sua condição. Por outro lado, Carret et al.²⁵ sugerem que as mulheres teriam maior tempo livre para se consultarem em todos os níveis de atenção, inclusive nos serviços de urgência por razões não urgentes.

Outro fator investigado para identificar associação com o uso inadequado da UPA foi a distância entre a casa do usuário e a unidade. Apesar de não ter significância estatística, identificou-se que a maioria da população atendida na UPA residia na sede do município e ainda, que eram estes os atendimentos mais frequentemente inadequados.

Em relação ao desfecho do atendimento, destaca-se o alto percentual de atendimentos que resultaram em alta (78,5%), sem encaminhamento para continuidade do cuidado com outro profissional ou em outro serviço de saúde. De modo semelhante ao encontrado em nosso estudo, Jacobs²⁸ registrou 78,96% dos atendimentos seguidos de alta. Estes resultados podem sugerir que uma parcela de usuários esteja apenas tratando “agudizações” de problemas de saúde, ao mesmo tempo em que não recebem estímulos de profissionais da saúde para continuidade do cuidado em outros níveis de atenção.

A literatura indica como principais motivos de procura por atendimento na UPA as “doenças do aparelho circulatório”²⁰, os “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais” e, as “lesões e envenenamentos por outras consequências de causas externas”^{25, 28}. No entanto, identificamos que as “doenças do aparelho respiratório” estão entre as principais causas de procura tanto em usuários com em atendimentos inadequados como adequados. Este achado ressalta a necessidade de desenvolvimento de ações prevenção e acompanhamento dos problemas respiratórios na APS.

A literatura destaca que a procura direta de serviços de urgência e emergência se baseia também na garantia de atendimento imediato; funcionamento durante 24 horas ininterruptas; comodidade; hábito de consultar a UPA; a presença de tecnologias mais complexas não disponíveis em outros serviços; descrédito nas tecnologias simplificadas da atenção primária; impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais; acessibilidade geográfica; preferência pela qualidade do atendimento e confiança no atendimento^{22, 30-32}.

De acordo com Pontes³³ os serviços de urgência são considerados uma “porta de entrada” facilitando o acesso ao sistema de saúde. Portanto, são necessárias ações efetivas que organizem adequadamente as redes de atenção à saúde do SUS e que estas sejam apresentadas aos usuários de modo que estes saibam a quem recorrer em suas diferentes condições de saúde.

Considerações Finais

Apontamos como possível limitação deste estudo a falta de completude de alguns registros dos prontuários. Entretanto, salientamos essa pesquisa como pioneira na microrregião de Ouro Preto na avaliação de um serviço de urgência. Atualmente, discute-se a implantação de um sistema de classificação de risco, fato que deve reduzir em médio prazo a inadequação dos atendimentos. Segundo portaria que rege o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento⁴ são competências do gestor responsável pela UPA implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso; e de procedimentos administrativos. Este sistema seria ideal para reorganizar o fluxo dos pacientes na UPA, garantido atenção prioritária para os casos mais graves e ainda assim, garantindo atendimento a todos que a ela recorrem. Além disso, é importante que ações educativas sejam desenvolvidas para que usuários e profissionais de saúde conheçam as atribuições de cada serviço de saúde, utilizando-os de maneira mais próxima ao que eles se propõem.

Referências

- 1- Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006. p. 19-20.
- 2- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011; 16(6):2753-2762.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 1600, 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). [Internet]. [acesso em 2013 jul.5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt1600_07_07_2011.html
- 4- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 342, de 4 de março de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), 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. [Internet]. [acesso em 2014 jul. 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

- 5- Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2004; 7(3):279-289.
- 6- Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. saúde pública.* 2009; 25(1):7-28.
- 7- Cochran WG. *Sampling techniques.* 3.ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
- 8- Bolfarine H, Bussab WO., *Elementos de Amostragem.* 1.ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.
- 9- Selva TS, Peiró S, Pina OS, Espín CM, Aguilera IL. Validez Del protocolo de adecuación de urgências hospitalarias. *Rev. Esp. salud pública.* 1999; 73(4):465-479.
- 10- Huang JA, Weng RH, Lai CS, HU JS. Exploring Medical Utilization Patterns of Emergency Department Users. *J Formos Med Assoc.* 2008;107(2):119–128.
- 11- Hunt KA, Weber EJ, Showstack, JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med.* 2006:1-9.
- 12- Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. latinoam. enferm.* 2010; 18(4):1-9.
- 13- Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, Lindenmeyer E, Olivier P, Hidoux MA, Sambuc R. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC emerg. med.* (Online) [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jan 22]; 11(19):1-10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19>

- 14- Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC health serv. res.* (Online) [Internet]. 2010 [acesso em 2013 jan 19]; 10:66. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/66>
- 15- Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC fam. pract.* (Online) [Internet]. 2010 [acesso 2013 jan 20]; 11:88. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/88>
- 16- Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am. j. emerg. med.* 2011; 29:333-345.
- 17- Cordero A, Águila J, Massalana A, Escoto V, Lopes L, Susano R. Adequação dos internamentos num serviço de medicina – aplicação da escala AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). *Acta med. port.* 2004; 17:113-118.
- 18- Andrés JMA, Noguerras RM, Bartual VR., Pajares FG, García PA. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med. clin. (Barc.)* 2004; 123(16):615-618.
- 19- Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *J. R. Inst. Public Health.* 2003; 117:250-255.
- 20- De Voz P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, García R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. *Health Policy.* 2005; 85:94–104.
- 21- Pereira S, Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, Angélico V, Fonseca L, Loureiro E, Barroso S, Machado A, Soares M, Costa AB, Freitas AF. Appropriateness of Emergency Department Visits in a Portuguese University Hospital. *Ann. emerg. med.* 2001; 37: 580-586.
- 22- Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Ciênc. cuid. saúde.* 2002; 1(1):123-128.

- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2013 dez 18]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
- 24- Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16, Supl 1:1069-1079.
- 25- Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC health serv. res.* (Online) [Internet]. 2007 [acesso em 2012 abr 13];7(131):1-9.
- 26- Selva TS, Peiró S, Pina OS, Espín CM, Aguilera IL. Inappropriate Use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and Reasons—An Approach With Explicit Criteria. *Ann Emerg Med*. 2001; 37(6):568-579.
- 27- Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. The Emergency Department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad. emerg. med*. 2002; 9:1140–1145.
- 28- Jacobs PC, Matos EM. Estudo exploratório dos atendimento em unidade de emergência de Salvador, Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(6):348-353.
- 29- Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev saúde pública*. 2011; 45(3):475-484.
- 30- Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis (Rio J.)*. 2013; 23(2):345-369.
- 31- Pérez-Ciordia I, Grima FG. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An. sist. sanit. Navar*. 2009; 32(3):371-384.

- 32- Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina cienc. biol. saude.* 2008; 29(2):121-130.
- 33- Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(4):574-80.

Tabela 1 – Características dos atendimentos realizados na clínica de adultos de uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto – Minas Gerais, durante o ano de 2012

Características	n	%
Sexo (n=799)		
Masculino	330	41,3
Feminino	469	58,7
Faixa etária (n=801)		
15 a 24 anos	196	24,5
25 a 44 anos	301	37,6
45 a 64 anos	221	27,6
65 anos e mais	83	10,4
Dia do atendimento (n=803)		
Dia útil	615	76,6
Sábado/Domingo/Feriado	188	23,4
Turno do atendimento (n=803)		
Madrugada	28	3,5
Manhã	327	40,7
Tarde	281	35,0
Noite	167	20,8
Procedência (n=755)		
Sede	613	81,2
Distrito	132	17,5
Outro município	10	1,3
Tipo de procura (n=802)		
Procura direta	770	96,0
Outro	32	4,0
Conduta (n=463)		
Medicação	376	81,2
Observação	87	18,8
Desfecho do atendimento (n=780)		
Alta	612	78,5
Referido para especialidade ou APS	150	19,2
Internação	18	2,3
Adequação do atendimento (n=804)		
Inadequado	473	58,8
Adequado	331	41,2

Tabela 2 – Fatores associados com a adequação dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento da microrregião de Ouro Preto – Minas Gerais, durante o ano de 2012

Variável	Adequação do atendimento		Qui-quadrado de Pearson <i>p</i> valor	Teste de Wald <i>p</i> valor	OR	IC 95%	
	Adequado n (%)	Inadequado n (%)				Inferior	Superior
Sexo (n=799)			0,870				
Masculino	137 (41,5)	193 (58,5)					
Feminino	192 (40,9)	278 (59,1)					
Idade (n= 801)			0,050				
15 a 24 anos	66 (33,7)	130 (66,3)		0,010	2,043	1,186	3,521
25 a 44 anos	124 (41,9)	176 (58,1)		0,196	1,396	0,842	2,314
45 a 64 anos	94 (42,5)	127 (57,5)		0,301	1,318	0,781	2,224
65 anos e mais	42 (50,6)	41 (49,4)			1		
Dia do atendimento (n=803)			<0,001				
Sábado/Domingo/Feriado	99 (52,7)	89 (47,3)		0,001	0,550	0,387	0,780
Dia útil	231 (37,6)	384 (62,4)			1		
Turno do atendimento (n= 803)			0,417				
Madrugada	13 (46,4)	15 (53,6)					
Manhã	127 (38,8)	200 (61,2)					
Tarde	113 (40,2)	168 (59,8)					
Noite	77 (46,1)	90 (53,9)					
Procedência (n=755)			0,172				
Sede	237 (38,7)	376 (61,3)					
Distrito	62 (47,0)	70 (53,0)					
Outro município	5 (50,0)	5 (50,0)					
Tipo de procura (n= 802)			<0,001				
Procura direta	306 (39,7)	464 (60,3)		0,004	3,746	1,544	9,092
Outra	23 (71,9)	9 (28,1)			1		

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi um estudo pioneiro na Unidade de Pronto Atendimento de Ouro Preto que utilizou de metodologia sistemática de avaliação do serviço. Esta unidade é referência para a microrregião saúde, em especial Mariana e Ouro Preto. Apesar de apresentar uma estrutura e abrangência superior ao mínimo exigido de uma UPA de Porte I, apresenta algumas fragilidades que merecem atenção dos pesquisadores em avaliação para a gestão do sistema de saúde. Entre os desafios para a unidade, destaca-se a utilização inadequada do serviço, que leva a sobrecarga da equipe responsável pela recepção, acolhimento e atendimento do usuário.

É possível que a inexistência de sistema de classificação de risco implantado na UPA, esteja favorecendo a entrada de usuários não urgentes, que utilizam o serviço como fonte usual de cuidados de saúde e que poderiam ter suas demandas resolvidas na Atenção Primária à Saúde. Esta sobreutilização do serviço por pacientes não urgentes pode dificultar a garantia de atendimento ágil e resolutivo dos casos urgentes, como prevê as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O estudo permitiu identificar aspectos dos atendimentos, inadequados e adequados, que devem ser prioritários para o planejamento das ações de saúde de Ouro Preto. Gestores da Atenção Primária e Secundária devem planejar concomitantemente ações educativas que orientem os usuários quanto aos serviços adequados para resolver cada tipo de demanda. Da mesma forma, ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações preventivas na atenção primária, voltadas especialmente para as doenças do aparelho respiratório.

A pesquisa demonstra ainda a importância de ser avaliar o uso dos serviços de saúde, como estratégia do planejamento e gestão de saúde, permitindo assim a identificação das demandas e realocação dos pacientes em serviços que correspondam à suas necessidades. No entanto, para que estes continuem a ser realizados com riqueza de informações é necessário que os instrumentos de registro de pacientes e dos atendimentos sejam padronizados e adequadamente preenchidos.

Durante a realização do estudo, identificamos como uma das principais necessidades da UPA de Ouro Preto a implantação de um sistema de classificação de risco. Esta é uma medida prevista no estabelecimento da Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais e seria fundamental na organização do fluxo dos pacientes dentro da unidade.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006. p. 19-20.
2. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Cien Saude Colet. 2011; 16(6):2753-2762.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 2013 ago. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010; 15(5):2297-2305.
5. Cordeiro Júnior W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS. 2009:23-28.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1451, de 10 de março de 1995. Define urgência e emergência, equipe e equipamentos para primeiros socorros. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3666. 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Resolve aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [Internet]. [acesso em 2013 jun. 13]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>
9. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização da Centrais SAMU

- 192. [Internet]. [acesso em 2013 jun. 13]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2004/prt2657_16_12_2004.html
10. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. [Internet]. [acesso em 2013 jul. 27]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html
11. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Internet]. [acesso em 2013 jul. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html
12. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 2648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Internet]. [acesso em 2013 abr. 15]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html
13. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 1600, 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). [Internet]. [acesso em 2013 jul.5]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600_07_07_2011.html
14. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 342, de 4 de março de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), 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. [Internet]. [acesso em 2014 jul. 9]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

15. Furtado B, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(3):279-289.
16. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC health serv. res.* 2007; 7(131):1-9.
17. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. saúde pública.* 2009; 25(1):7-28.
18. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am. j. emerg. med.* 2011; 29:333-345.
19. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. latinoam. enferm.* 2010; 18(4):1-9.
20. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [tese] [Internet]. Porto Alegre, 1998. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [acesso em 2012 maio 7]. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1>
21. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
22. Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina cienc. biol. saude.* 2008; 29(2):121-130.
23. Oliveira R. Adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.

24. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Ciênc. cuid. saúde*. 2002; 1(1):123-128.
25. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
26. Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVCP, organizadores. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p 86-90.
27. Ouro Preto. Prefeitura Municipal de Ouro Preto. Lei nº 720, de 7 de novembro de 2011. Institui a Gratificação de Plantão Horizontal para os médicos de Pronto Atendimento [Internet]. Ouro Preto, MG; 2011. [acesso em 2013 abr 19]. Disponível em:
http://www.ouopreto.mg.gov.br/index/diariooficial_print.php?iddiariooficial=443&nro=536
28. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUS fácil MG. 1.ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006. p.21-24.
29. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3.ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
30. Bolfarine H, Bussab WO., *Elementos de Amostragem*. 1.ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.
31. Selva TS, Peiró S, Pina OS, Espín CM, Aguilera IL. Validez Del protocolo de adecuación de urgências hospitalarias. *Rev. esp. salud pública*. 1999; 73(4):465-479.

Anexos e Apêndices

ANEXO A - Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH) adaptado**1 Critérios de Gravidade**

- 1.1 Perda de consciência, desorientação, coma, insensibilidade (brusca ou muito recente).
- 1.2 Perda brusca de visão ou audição.
- 1.3 Alterações de pulso (<50/>40 pulsações/minuto) e arritmias.
- 1.4 Alteração da pressão arterial (sistólica: <90/>200 mmHg; diastólica: <60/>120 mmHg).
- 1.5 Alterações de eletrólitos e gases sanguíneos (não considerar em pacientes com alterações crônicas destes parâmetros: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.).
- 1.6 Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento em atenção primária.
- 1.7 Hemorragia ativa (hematemese, epistaxe, melenas, etc.). Exclui-se feridas superficiais que requerem apenas sutura.
- 1.8 Perda brusca da capacidade funcional em qualquer parte do corpo.

2 Critérios de Tratamento

- 2.1 Administração de medicação ou fluidos por via intravenosa (exceto manutenção de via).
- 2.2 Administração de oxigênio.
- 2.3 Colocação de gessos (exceto bandagens).
- 2.4 Intervenção/procedimento realizado em sala de cirurgia.

3 Critério de Intensidade Diagnóstica

- 3.1 Monitoração de sinais vitais de forma constante, a cada 2 horas.
- 3.2 Radiologia de qualquer tipo.
- 3.3 Testes laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos atendidos por motivos relacionados com o diabetes).
- 3.4 Eletrocardiograma (exceto cardiopatas crônicos atendidos por problemas relacionados à cardiopatia).

4 Outros Critérios

- 4.1 O paciente está há mais de 12 horas na observação do serviço de emergência.
- 4.2 O paciente foi encaminhado para internação.
- 4.3 O paciente faleceu no serviço de urgência.
- 4.4 Outro critério em pacientes encaminhados por um médico (especificar).

5 Critérios aplicáveis somente a pacientes que buscaram o serviço espontaneamente

- 5.1 Proveniente de um acidente (trânsito, laboral, em lugar público,...) e que precisam ser avaliados.
- 5.2 Percebe-se que há urgência vital: dor torácica, dispneia de início rápido, retrações, dor abdominal aguda.

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética da UFOP**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Campus Universitário - Morro do Cruzeiro
35400-000 - Ouro Preto - MG - Brasil
Fone (31) 3559-1368 Fax: (31) 3559-1370



OFÍCIO CEP Nº. 122/2012, de 25 de outubro de 2012.

Ilma Sra.

Geralda Vanessa Campos Machado

Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição/ENUT/UFOP

Senhora Pesquisadora,

É com prazer que comunicamos a **Aprovação**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, de seu projeto intitulado "*Demanda a uma unidade de pronto atendimento: acesso, utilização e resolutividade do sistema de saúde do município de Ouro Preto*" (CAAE: 04037312.3.0000.5150).

Atenciosamente,

Prof. André Talvani Pedrosa da Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de Ouro Preto
CEP/UFOP

ANEXO C – Comprovante de submissão de artigo

Agradecemos a submissão

De: **SUBMISSÃO - REV. EPIDEM. E SERV. DE SAÚDE**
(submissao.ress@saude.gov.br)
Enviada: sexta-feira, 20 de dezembro de 2013 22:24:41
Para: geralda vanessa campos machado (vanessa-zu@hotmail.com)

Prezado(a) autor(a),

Acusamos o recebimento de seu manuscrito e agradecemos seu interesse e consideração pela Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS)

Os manuscritos submetidos à RESS passam por um processo de avaliação preliminar. Logo que esta avaliação estiver concluída, iremos comunicá-lo (a) a respeito do encaminhamento de seu manuscrito.

Esta é uma resposta automática. Por favor, não responda a este e-mail.
Caso necessário, o contato com a secretaria da revista pode ser feito por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Cordialmente,

Núcleo Editorial

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

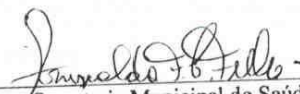
ANEXO D – Carta de anuência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto

CARTA DE ANUÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Eu, ARIOSVALDO FIGUEIREDO SANTOS FILHO,
RG MG-164852, Secretário Municipal de Saúde de Ouro Preto, autorizo a utilização dos dados acerca das condições de saúde contidos nos prontuários de pacientes atendidos na UPA 24horas localizada na sede do município, no ano de 2011 para serem utilizados na Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto/MG intitulado "**Demanda a uma Unidade de Pronto Atendimento: acesso, utilização e resolutividade do sistema de saúde do município de Ouro Preto**" de Geralda Vanessa Campos Machado (MG- 13.399.687). Vale ressaltar que as informações obtidas serão sigilosamente resguardadas, assim como sua identidade.

A pesquisa está sob a responsabilidade da Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo, RG M-944829, da Universidade Federal de Ouro Preto, orientadora da mestranda em questão. Tal pesquisa terá início apenas após apresentação da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, considerando que estará de acordo com as normas desta instituição.

Ouro Preto, 31 de maio de 2012.



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Ouro Preto

APÊNDICE A – Máscara do EpiInfo (versão 3.5.2)

File Edit Options Help

1 Page
2 Page

Next
Save data
Mark record as deleted
Find

New

Record 1063 New Record
Must Enter

DADOS DO PACIENTE

IDENTIFICAO SABADO/DOMINGO/FERIADO

SEXO N FRONTUARIO DATACONSULTA IDADE TIPO

BAIRRO UBS MUNICIPIO OCUPACAO

DADOS DO ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO ESPECIFICAR ACOLHIMENTO

FORMAS ENCAMINHAMENTO ESPECIFICAR PROF OU SERVICO ESPECIFICAR OUTRA FORMA DE ENCAMINHAMENTO

ANAMNESE EXAME FISICO EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIFICAR OUTRO EXAME COMPLEMENTAR

CONDUITA DESFECHO ESPECIFICAR ESPECIALIDADE

PAUH_CRITERIOS DE GRAVIDADE

PERDA DE CONSCIENCIA PERDA VISAO OU AUDICAO ALTERACAO PULSO ALTERACAO PA ALTERACAO ELETROLITOS

FEBRE PERSISTENTE HEMORRAGIA ATIVA PERDA CAPACIDADE FUNCIONAL

15:38 04/11/2013

Er... - □ X File Edit Options Help

1 Page
2 Page

Next
Save data
Mark record as deleted
Find

New

Record 1052 of 1052

PAUH_CRITERIOS DE TRATAMENTO

ADMINISTRACAO MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA ADMINISTRACAO OXIGENIO COLOCAÇAO GESSOS INTERVENÇAO SALA DE CIRURGIA

PAUH_CRITERIO DE INTENSIDADE DIAGNOSTICA

MONITORACAO SINAIS VITAIS RADIOLOGIA TESTES LABORATORIAS ELECTROCARDIOGRAMA

OUTROS CRITERIOS

12 HORAS DE OBSERVACAO ENCAMINHADO PARA INTERNACAO FALECEU NO SERVICO

OUTRO CRITERIO EM PACTE ENCAMINHADO POR MEDICO ESPECIFICAR OUTRO CRITERIO

PAUH_CRITERIOS APLICAVEIS A PCTES QUE BUSCARAM O SERVICO ESPONTANEAMENTE

PROVENIENTE DE ACIDENTE ESPECIFICAR ACIDENTE PERCEBE-SE URGENCIA VITAL

PAUH_PROTOCOLO DE ADEQUACAO DE URGENCIAS HOSPITALARES

URGENCIA SEGUNDO PAUH PUE_PROTOCOLO URGENCIA E EMERGENCIA DO DF

DIAGNOSTICO ESTA NO PUE

REPOSNAVEL PELA DIGITACAO

REPOSNAVEL PELA DIGITACAO

15:40 04/11/2013