

Análise da integração de unidades de emergência às redes de atenção à saúde em um estado do sul do Brasil.

Autores:

Liza Yurie Teruya Uchimura (Universidade de São Paulo)

Ana Luiza D'Ávila Viana (Universidade de São Paulo)

Autor principal: Liza Yurie Teruya Uchimura

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves 127, apto 52 b.

Vila Mariana - São Paulo (SP) – Brasil. Cep: 04014-010.

telefone +55(11) 3061-7091

email: lytuchimura@gmail.com

Palavras chave: Redes de Atenção; emergência; atenção primária à saúde; sistemas de saúde; Brasil

Resumo: Analisar a integração das unidades tipo walking-in e de atenção à emergência e urgência às redes de atenção à saúde no Estado do Paraná, Brasil. Estudo de casos da rede de atenção às urgências, com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas com os coordenadores de 7 serviços. O estudo permitiu concluir que as unidades do Paraná não estão organizadas em uma rede de atenção e a atenção primária não está sendo ordenadora do sistema de saúde refletido no excesso de demanda dos atendimentos.

Resumen: Analizar la integración de las unidades de tipo caminando y en situaciones de emergencia y urgente de las redes de atención de salud en el Estado de Paraná, Brasil. Estudios de caso de la atención a la red de emergencia, con la recolección de datos a través de entrevistas semi-estructuradas con los coordinadores de los 7 servicios. Concluí de que las unidades de Paraná no están organizados en una red de atención primaria y la atención no está siendo coordinador del sistema de salud se refleja en el exceso de demanda de atención.

Introdução

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou walking-ing, constituem a porta de entrada aos serviços de saúde. Estes atendimentos podem ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às Unidades Básicas de Saúde. De acordo com as suas atribuições, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves; possuir estrutura física, e recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência¹.

Estudo comparativo realizado em Nova York, nos Estados Unidos, entre os anos de 1994 e 1998, demonstrou que 75,0% dos atendimentos realizados nos setores de emergência dos hospitais foram de atendimentos não urgentes ou de condições tratáveis na atenção primária por moradores sem seguros de saúde². Carret et al., (2009)³, em revisão sistemática de 31 estudos realizados em vários países, observaram que a prevalência do uso inadequado dos serviços de emergências apresentou variação de 20% a 40%.

No Brasil, em 1998, diante das deficiências do atendimento às urgências, como as dificuldades de acesso, falhas no mecanismo de referência e, principalmente, de atendimentos de condições sensíveis à atenção primária foi proposta a estruturação da atenção às urgências para amenizar estas deficiências. Em 2008, foram criadas as unidades tipo walking-ing e de atenção à urgência e emergência (UPA) que seriam responsáveis pelo atendimento dos casos de complexidade intermediária visando o estabelecimento da relação entre

a atenção primária e a atenção terciária devendo compor uma rede organizada de atenção às urgências⁴.

No entanto, ainda são poucos os estudos que analisam a integração das unidades tipo walking-in e de atenção à emergência e urgência aos diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil.

Apesar de ser uma estratégia recente no Brasil, as unidades walking-in surgiram nos Estados Unidos em 1970 e no Canadá em 1979, e se definem até hoje, por serem serviços separados dos hospitais que realizam atendimentos de urgência, com horas de serviços ampliadas (24 horas e nos finais de semana) e realizam atendimentos sem a necessidade de marcar uma consulta⁵.

As UPAs foram classificadas de acordo com o porte, a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos. Em julho de 2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi reformulada, com a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS. O documento define as diretrizes da rede, sua estrutura hierarquizada, descrevendo de forma pormenorizada seus componentes e os objetivos a serem alcançados com a regionalização dos atendimentos. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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, e é assim, que a atenção às urgências deve estar organizada⁶.

Segundo os dados do Ministério da Saúde⁷, em 2012, existiam 116 UPAs em funcionamento no país, e 482 em construção. A região sudeste concentrava

60,0% das UPAS em funcionamento, e o Rio de Janeiro apresentava a maior concentração.

O presente artigo utilizou parte dos dados da pesquisa multicêntrica, “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)”⁸, sob a coordenação do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e objetivou analisar a integração das unidades tipo walking-in e de atenção à emergência e urgência às redes de atenção à saúde no Estado do Paraná, na região sul do Brasil. A escolha do Paraná para este estudo está justificada por ser um dos estados que concentrava 80% das UPAs em 2012 e por ter um contexto estadual, do ponto de vista histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural, favorável para a implantação das UPAs.

Métodos

Esta pesquisa realizou um estudo amostral de casos do processo de construção da rede de atenção às urgências e emergências no Paraná, através de entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das Unidades tipo walking-ing do Estado do Paraná.

Foram utilizados como dados secundários desta pesquisa o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015⁹ e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁰.

No ano de 2012, o Estado do Paraná contava com 14 UPAs, segundo o CNES, e para a pesquisa foram selecionados 7 serviços, abrangendo 50% do universo mesmo com uma amostra intencional. Foram estabelecidos como

critérios de inclusão da amostra: a localização, porte e abrangência regional das Unidades de Pronto Atendimento. As UPAs deveriam ter a representação da região metropolitana (4 UPAs) ou do interior (3 UPAs), acrescentando-se que os serviços deveriam representar diferentes municípios e regionais de saúde. Foram excluídas da amostra, as UPAs com menos de 6 meses de funcionamento.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelo pesquisador com todos os coordenadores das unidades walking-ing no período de dezembro de 2012 a março de 2013. As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante pode discorrer sobre o tema proposto.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica no formato Microsoft Excel e posteriormente analisados no Stata 11. Sequencialmente foram realizadas análises estatísticas dos dados descritivos, apresentados na forma de frequências absolutas e relativas.

O estudo foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme a Resolução 196/96-CNS e teve parecer favorável sob o nº 303.421/2011. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os profissionais antes da entrevista e o mesmo foi formalizado com a assinatura, posterior à apresentação e descrição dos objetivos da pesquisa.

Resultados

As unidades tipo walking-ing (UPAs) estavam localizadas duas na região metropolitana de Curitiba (Pinheirinho e Sítio Cercado), duas na região metropolitana de Maringá (Zona Sul e Sarandi), uma em Foz do Iguaçu (João Samek), uma em Cascavel (Tancredo Neves) e uma em Castro (Moacir Elias

Fadel). Segundo o modelo de gestão atuante das UPAs, todas referiram possuir administração direta, ou seja, através das respectivas Secretarias Municipais de Saúde (Tabela 1).

Tabela1- Características da amostra de UPAs no Paraná, 2013.

UPAs	Município	Região de Saúde	Localização	Porte	Gestão
Pinheirinho	Curitiba	2º	Metropolitana	II	Municipal
Sítio Cercado	Curitiba	2º	Metropolitana	III	Municipal
Zona Sul	Maringá	15º	Metropolitana	III	Municipal
Sarandi	Sarandi	15º	Metropolitana	I	Municipal
João Samek	Foz do Iguaçu	9º	Interior	III	Municipal
Tancredo Neves	Cascavel	10º	Interior	III	Municipal
Moacir Elias Fadel	Castro	3º	Interior	II	Municipal

De acordo com os gestores, em todos os serviços pesquisados existia a classificação de risco dos usuários que buscavam as unidades walking-ing com alguma queixa específica. Em 71,4% das unidades o perfil predominante dos pacientes atendidos era de risco intermediário, porém em 28,6% das unidades foi identificado um perfil de baixo risco dos atendimentos.

A partir das informações dos gestores entrevistados, no conjunto das UPAs da amostra, a origem dos pacientes atendidos nos serviços se dividiu em 71,2% com referência de todo o município; e 28,8% com referência de uma região dentro do município (situação identificada nas unidades de Curitiba). Em relação à demanda e à capacidade de atendimento das UPAs, foi referido por seis dos

serviços (85,7%) que a demanda é superior à capacidade de atendimento, e em apenas um serviço foi referido que a demanda é compatível com a capacidade de atendimento.

Com relação à disponibilidade dos cursos de capacitação em urgência/emergência oferecidos aos médicos que atuam nas UPAs, 4 (57,1%) dos entrevistados (UPAs de Curitiba, UPA de Foz do Iguaçu e UPA de Castro) referiram que não há cursos disponíveis para os médicos.

De acordo com os coordenadores, em 85,7% das UPAs estava disponível o encaminhamento de pacientes atendidos no serviço para as unidades de saúde da atenção básica e unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família. O encaminhamento de pacientes das Unidades de Saúde para as unidades walking-ing estava disponível em todos os serviços. Em 57,1% dos serviços existia a disponibilidade para o encaminhamento aos ambulatórios de especialidades médicas e 42,8% aos ambulatórios de especialidades não-médicas como a fisioterapia, odontologia e psicologia. Para pacientes com remoção necessária havia disponibilidade em 42,8% dos serviços de encaminhamento para outras unidades de pronto-atendimento e para os serviços de apoio diagnóstico-terapêutico em 57,1% dos serviços. Em 57,1% das UPAs havia estabilização e atendimento precoce de pacientes transportados pelo SAMU e em 42,8% os pacientes eram frequentemente encaminhados pelo serviço de atendimento móvel. Para os atendimentos mais graves, os serviços de emergências hospitalares ficavam disponíveis para o encaminhamento em 57,1% das UPAs, enquanto que para leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva em 85,7% dos casos.

Discussão/Conclusão

De acordo com o nosso conhecimento, há poucas evidências de estudos que analisaram a integração das unidades tipo walking-in e de atenção à emergência e urgência aos diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil.

A demanda das unidades do Estado do Paraná foram maiores do que a sua capacidade e a aparente facilidade de acesso destes serviços e a garantia de recursos (consultas, exames, medicamentos) no momento da procura são considerados fatores importantes para a população e indiretamente contribuem para um excesso de atendimentos de acordo com a sua capacidade¹¹. A constante busca pelos serviços de urgência para o atendimento da atenção primária pode demonstrar uma falha no vínculo do sistema de saúde. Acrescentam ainda como fatores do aumento da demanda nas UPAs, a difícil acessibilidade organizacional nas unidades básicas de saúde e a questão sociocultural de como o indivíduo entende o processo saúde-doença.

Almeida et. al.,¹¹ discorrem que a capacitação profissional é considerada um eixo estratégico para ampliar a resolutividade da atenção primária e evitar que os casos não urgentes se tornem atendimentos excessivos para as UPAs. Além disto, relatam que a falta de valorização do médico de família e comunidade por outros profissionais de saúde, na sociedade e na universidade também é considerado um obstáculo para confiança dos usuários na conduta médica.

Segundo Hartz e Contandriopoulos¹² o princípio da integralidade do SUS se refere a integração dos serviços através das várias relações, com objetivo de proporcionar o melhor ciclo de vida aos seus usuários, determinando um “sistema

sem muros” os quais as barreiras de acesso para os vários níveis de atenção são eliminados e apenas conectados por um eficiente sistema de informação.

Giovanella et.al.¹³ relatam que o conceito da integralidade se estende também a uma oferta organizada de assistência com garantia de referência e contra-referências na rede e acrescentam ainda que estas garantias são consideradas um estágio mais avançado de articulação entre os diversos níveis de atenção.

O estudo permitiu concluir que as unidades walking-ing do Paraná não estão organizadas como uma rede de serviços e que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, não estão inseridos nesta rede de atenção à saúde devido a formação e capacitação insuficientes. Além disto, foi possível concluir que a atenção primária não está sendo ordenadora do sistema de saúde do Paraná refletido no excesso de demanda dos atendimentos na atenção secundária.

Referências

1-Silva GS da, Samico I, Dubeux LS, et al. Redes de atenção às urgências e emergências : pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. Rev Bras Saude Matern Infant. 2012; 12(4):445–58.

2-The Commonwealth Fund. Emergency Department use in New York City: A Substitute for Primary Care ? Issue Brief. 2000; (433): 1-6 [citado 15 set 2013]. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/billings_eduse_433.pdf?section=4039

3-Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services : a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009; 25(1):7–28 [citado 18 set 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002.

4-Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2009, 15 maio; Seção 1: 60.

5-Jones Mark. Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada. *BMJ* 2000;321:928–31.

6-- Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). *Diário oficial da União* 2010; 31 dezembro.

7-Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ficha do estabelecimento de saúde. Brasília (DF). 2012 [citado 10 out 2012]. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?Vbusca=Unidades%20de%20Pronto%20Atendimento&VTipo=0

8- Ibañez, N. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – Relatório Final – Dados Gerais. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas; setembro/2013. 122 p. Relatório de pesquisa.

9-Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2013a.

10- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=41&NomeEstado=PARANA

11- Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(Número Especial 2):19-25.

12- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004; 20 (Sup 2):S331-S336.

13- Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate* 2002; 26:37-61.

