

REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ANÁLISE DA DEMANDA EM TRÊS PONTOS FIXOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ESTUDO DE CASO DO DISTRITO SANITÁRIO DE VENDA NOVA, MUNICÍPIO DE VENDA NOVA¹.

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CEDEPLAR/FACE/UFMG
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FHEMIG
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Secretaria de Educação (SMED/PBH)

Laura Rodríguez Wong

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CEDEPLAR/FACE/UFMG

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração
CEPEAD/FACE/UFMG

Resumo²:

O estudo caracteriza a demanda por serviços públicos de atenção às urgências e emergências em um Distrito Sanitário do Município de Belo Horizonte/MG, sob a perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências. Essas redes são arranjos organizacionais que visam prestar assistência aos usuários demandantes pelos serviços de saúde, em casos agudos e/ou crônico-agudizados do estado de saúde, no ponto de atenção com recursos mais adequados para atendimento as suas necessidades de saúde. Pretende-se, assim, deslocar a lógica da demanda/encaminhamento do usuário para o hospital mais próximo, por meio da otimização de outros pontos de atenção à saúde.

Palavras-chave: SUS; organização dos serviços de saúde; demanda por serviços de saúde; redes de atenção às urgências e emergências; pontos fixos de atenção às urgências e emergências.

Indicação da área temática: Políticas Públicas

¹ Apoio da Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, por meio do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (FAPEMIG/PCRH) e CNPq via auxílio à pesquisa.

Este trabalho é um subproduto da tese de doutorado de Jacqueline Saldanha Mendes da Costa “*Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas*” defendida na UFMG/Demografia, em 2011.

² Trabalho submetido à consideração do XV Seminário sobre a Economia Mineira organizado pelo Cedeplar (2012)

1 Introdução – Justificativa - Objetivo

Desde a segunda metade do século XX, o Brasil tem experimentado mudanças significativas nos aspectos demográficos e epidemiológicos, bem como em seu sistema de saúde, acarretando impactos importantes sobre a demanda pelos serviços de saúde. Quanto aos aspectos demográficos, chama a atenção à mudança na estrutura etária da população brasileira e suas consequências em dimensões tais como as relações intergeracionais e a problemática da urbanização e triplos padrões epidemiológicos³

Nesse cenário de mudanças, o Sistema de Saúde Brasileiro vem passando por importantes transformações. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que, pela conotação *universal* assumiu os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, e os princípios operativos de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Desde então o SUS passa por importantes e desafiadoras modificações, com a expectativa de melhor satisfazer as necessidades de saúde da população num cenário, como dito, de mudanças no perfil demográfico (envelhecimento populacional) e epidemiológico (tripla carga de doenças). A atual proposta é uma nova concepção de organização dos serviços de saúde, em redes de atenção à saúde. Nessas redes os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) devem atuar de forma integrada e resolutiva, no atendimento às necessidades dos usuários.

Neste trabalho destacam-se as redes de atenção às urgências e emergências, mais especificamente seus pontos fixos de atenção: unidades hospitalares, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde.

Por ora, é importante dizer que, dentro do modelo de assistência aos casos de urgência é esperado que:

- a) as unidades básicas de saúde (UBS), por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizem o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com seu nível de assistência (baixa gravidade/complexidade);
- b) as unidades de pronto atendimento (UPA) atuem dando retaguarda às UBS (inclusive nos dias e horários de não funcionamento dessas) e aos Hospitais, funcionando vinte e quatro horas por dia, atendendo aos casos de baixa e média complexidade e estabilizando os casos de alta complexidade, para posterior referenciamento à unidade de nível compatível;
- c) finalmente, os hospitais atendam a urgência e emergência de alta complexidade. Um importante subproduto deste ponto seria a redução na demanda pelos serviços de urgência e emergência hospitalar nos casos de baixa e média complexidade.

Um estudo que focalize estas redes justifica-se, dada a sabida superlotação dos prontos atendimentos dos hospitais (Brasil, 2006c; O'Dwyer *et al.* 2008). Uma rápida

³ Ver sobre isto, autores como: Wong e Carvalho (2006), Braga (2006); Cesse, (2007); CNDSS (2008) Schramm *et al.*, (2004); Mendes (2009).

revisão bibliográfica indica que parte dessa superlotação dos prontos atendimentos dos hospitais está relacionada ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, associado à insuficiente estruturação da rede assistencial Brasil (2006a). Também é atribuída à superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar: um modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos usuários, fazendo com que a estruturação das redes seja fortemente influenciada por interesses de mercado, que é marcado pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica e cujo consumo foi introjetado pela própria população; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica que, ainda influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, privilegia ações preventivas e programáticas; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade (unidades de pronto atendimento), funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida” (Brasil, 2006c).

Em soma, estudos como os de Lovalho (2004), Furtado (2004), Jacobs (2005), O'Dwyer *et al.* (2008) e Da Costa (2011) apontam que a maioria dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência dos hospitais é de baixa complexidade, configurando, dentro da ótica do sistema de saúde brasileiro, uma utilização indevida desses serviços. Ribeiro *et al.* (2006) sugerem que os prontos-socorros ainda são importantes como porta de entrada para a assistência médica. Assim, além de ser um importante componente dentro do escopo da assistência à saúde, a área de urgência e emergência hospitalar, tradicionalmente, tem sido alvo de atenção não só dos gestores públicos, como também da mídia e da população que busca pelos seus serviços e no meio acadêmico.

Assim, sob a perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências, este trabalho objetiva caracterizar a demanda por serviços públicos de urgência e emergência em um Distrito Sanitário do Município de Belo Horizonte/MG, tomando como objeto de análise a demanda por um Centro de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento e uma Unidade Hospitalar. A demanda é entendida como consequência das necessidades individuais e coletivas e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde.

Elegeu-se como unidade hospitalar o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), como Unidade de Pronto Atendimento, a UPA Venda Nova (UPA-VN) e Unidade Básica de Saúde, o Centro de Saúde Venda Nova (CSVN), pontos fixos de atenção às urgências e emergências no Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN), município de Belo Horizonte/Minas Gerais. A contextualização demográfica e do acesso aos serviços de atenção à saúde feita por Da Costa (2011) indicou que estas unidades de estudo representam bastante bem a realidade da oferta e demanda de atenção às urgências e emergências da região metropolitana de Belo Horizonte.

Este estudo adotou por estratégia a análise quantitativa e descritiva dos dados, por meio de análise univariada, de uma amostra do tipo não probabilística.

A partir desta introdução o artigo está organizado da seguinte maneira: no item 2 é realizada uma reflexão sobre a demanda pelos serviços de saúde, tomando como referência o processo de utilização dos serviços de saúde. No item 3 é apresentada a conceituação e a

forma de organização dos serviços de saúde nas redes de atenção as urgência e emergências. No item 4 e 5 a metodologia empregada e os resultados encontrados pelo estudo, respectivamente. E no item 6 a conclusão do trabalho, seguido das referências bibliografias utilizadas.

Cumprir dizer que há uma vasta literatura científica que trata desse tema, nas várias áreas do conhecimento – demografia, epidemiologia, saúde coletiva, administração, enfermagem, medicina, etc. –, com enfoques variados, tanto em nível nacional como internacional. Neste texto optou-se por citar trabalhos mais recentes realizados no Brasil, mesmo reconhecendo a importância de toda e qualquer experiência, inclusive as internacionais, para o processo de elaboração de políticas públicas.

2 Demanda pelos serviços de saúde: das necessidades de saúde a utilização dos serviços de saúde

Entende-se por demanda pelos serviços de saúde o conjunto de ações da pessoa em busca de serviços de assistência à saúde, com o objetivo de se beneficiar por um atendimento que satisfaça suas necessidades. Junto com o acesso, pode se dizer que a demanda atua como ponto de intermediação entre as necessidades de saúde e a utilização efetiva dos serviços de saúde. O acesso é o fator que associa à demanda a entrada no serviço. Pode ser compreendido como as características da oferta de serviços de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços por potenciais usuários, exprimindo a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (Travassos e Castro, 2008). A ruptura em um desses pontos – demanda e acesso – faz com que nem todas as necessidades se convertam em demanda e nem todas as demandas sejam atendidas, ou seja, nem todas as necessidades vão culminar na utilização dos serviços de saúde (Pinheiro *et al.*, 1999).

Por utilização dos serviços de saúde Travassos e Martins (2004) e Travassos e Castro (2008) compreendem todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações), ou indireto de usuários (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde, realizado por meio de atendimento de médico ou de outros profissionais de saúde envolvidos na realização de procedimentos relativos à assistência à saúde.

Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde “resulta de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponíveis, e o profissional da saúde que é quem define, em última instância, o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde” apresentados pelos usuários (Travassos e Castro, 2008; pág. 222). Problemas de saúde (ou necessidades de saúde) são tudo aquilo “que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, traduzíveis na racionalidade biomédica por doenças claramente identificadas” (Camargo Jr. 2005, pág. 92).

O problema ou necessidade de saúde pode ser diagnosticado por profissional de saúde, percebido pelo indivíduo ou por pessoa a ele ligado (Aday e Andersen, 1974). Nesses dois últimos casos não se pode dizer obrigatoriamente de uma doença claramente identificada ou diagnosticada, mas sim de um estado de perturbação, físico ou mental, que está sendo traduzido como problema de saúde e que pode levar a uma demanda por serviços de saúde. Travassos e Castro (2008, p.218) afirmam que a necessidade de saúde

percebida pelo indivíduo é diferente da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais de saúde. Para as autoras a necessidade percebida “é um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo. Trata-se de um conceito multidimensional e de difícil mensuração”. Assim, usuários podem não se queixar de problemas (ou necessidades) por não estarem cientes deles ou, ainda, podem se queixar de uma coisa que mascara outra (Starfield, 2002). Para essa autora a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou população deve ser realizada por profissional de saúde.

No encontro do indivíduo com uma equipe ou profissional de saúde “haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específicas(s)” (Cecílio, 2006; pág.116). Cabe à equipe de saúde ter sensibilidade e preparo pra decodificar e saber atender da melhor forma possível às necessidades explicitadas pelos indivíduos.

Na mesma linha de pensamento de Cecílio (2006), Oliveira *et al.* (2009) defendem que, com relação à chamada demanda espontânea de usuários por pronto atendimento médico, o sistema deve estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível ou em que tipo de serviço for. Se por um lado, como afirmam Travassos e Castro (2008) são os profissionais de saúde que definem o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde, na maioria das vezes, a decisão de buscar um serviço de saúde e submeter-se a ele é do usuário ou daqueles que o cercam. Sendo assim, sem o convencimento do usuário final, as tais “necessidades” jamais se materializarão em demanda por cuidado (Camargo Jr., 2005, pág.96).

De acordo com Starfield (2002) além das pessoas decidirem se e quando usar o sistema de saúde, elas ainda decidem, após utilizarem o sistema, o quão satisfeitas estão com o atendimento e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde. Segundo essa autora, as pessoas podem decidir realizar as recomendações dos profissionais de saúde ou modificá-las da maneira como pensam ou, ainda, desrespeitá-las parcial ou completamente. Corroborando este ponto de vista, Oliveira *et al.* (2009, pág.1932) afirmam que os usuários, no seu dia a dia, graças a uma monitoração reflexiva de suas experiências, estabelecem juízos de valor sobre os diversos serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, ou seja, o usuário faz, cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde. Essa avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências referidas por outros usuários (Oliveira *et al.*, 2009; p.1932). As experiências cotidianas do usuário, segundo estes autores, frequentemente conflitam com as determinações normativas do modelo assistencial.

Embora o padrão de utilização dos serviços de saúde seja principalmente explicado pelas necessidades de saúde da população, as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada (O’Dewyer *et al.*, 2008). Para elas, reconhecer a importância das preferências e escolhas dos usuários é fundamental para que os gestores e profissionais de saúde diminuam “a expectativa de que a resolução estrutural da rede de serviços de saúde seja condição suficiente para corrigir o inadequado padrão de utilização dos mesmos” (O’Dewyer *et al.*, 2008, p. 1638).

Em síntese, o processo que envolve a utilização dos serviços de saúde, considerando o entendimento que essa utilização deve ser resolutive para o usuário -- ou seja, deve possibilitar à satisfação de suas necessidades de saúde, o que sugere a obtenção do tratamento necessário para possibilitar a resolução de seu problema, é um processo sumamente complexo. Com tudo, em se tratando da demanda pelos serviços de urgência e emergências, assume-se válido utilizar como *proxy* --ponto marcador da demanda-- o registro realizado no serviço de atendimento da unidade de saúde demandada pelo usuário, mesmo que esse atendimento não tenha sido realizado por médico.

Realizada a reflexão sobre a demanda pelos serviços de saúde, tomando como referência o processo de utilização dos serviços de saúde, no item seguinte apresenta-se a conceituação e organização dos serviços de saúde sob a perspectiva das redes de atenção as urgência e emergências.

3 As Redes de Atenção às Urgências e Emergências.

As redes de atenção às urgências e emergências são arranjos organizacionais voltados para a assistência à saúde da população em casos agudos (problemas de saúde que começaram há pouco tempo) ou crônico-agudizados, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possam levar a sofrimento (dores fortes, febre alta, desmaios etc.) (Brasil, 2008). Tem por objetivo direcionar o paciente acometido por um dado problema de saúde ao ponto de atenção com recursos mais adequados para atendimento a sua necessidade de saúde, no menor tempo possível. Desse modo, pretende deslocar a lógica do encaminhamento do usuário para o hospital mais próximo (Minas Gerais, 2009). São organizadas por redes loco regionais de atenção integral às urgências, seguindo o princípio da regionalização da atenção à saúde.

No caso da atenção integral às urgências e emergências, as redes loco regionais são constituídas por quatro componentes (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b):

- a) Pré-Hospitalar Fixo: é o conjunto de unidades básicas de saúde, unidades de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (UPA).
- b) Pré-Hospitalar Móvel: refere ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e aos serviços associados de salvamento e resgate.
- c) Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências.
- d) Pós-Hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária.

Nota-se que o objetivo é desconcentrar o atendimento efetuado pelos prontos-socorros, integrando os serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de

atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (componente pós-hospitalar), possibilitando a atenção integral às urgências (Brasil, 2006b).

A integração dos serviços de saúde (dos níveis primário, secundário e terciário) implica na capacitação e responsabilização dos componentes das redes loco regionais de atenção integral às urgências, para cada qual atender à parcela das demandas de urgência correspondentes aos limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Portanto, a rede de atenção às urgências e às emergências não se constitui apenas de um conjunto de serviços hospitalares ou especializados e qualificados. Implica, também, na adoção de uma postura acolhedora e resolutiva de todos os níveis de atenção do SUS aos casos agudos e/ou crônico-agudizados, o que inclui os centros de saúde em integração com seus agentes comunitários de saúde e as unidades de pronto atendimento, com garantia de retaguarda para todos os casos que extrapolem a capacidade de resolução de cada um desses serviços (Brasil, 2008). Essa rede de atenção às urgências e emergências, compreende, esquematicamente, como pontos fixos:

- a) As Unidades Básicas de Saúde (UBS): Além de funcionar prioritariamente como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde, a atenção primária (UBS) deve funcionar como centro ordenador e coordenador de todos os componentes das redes de atenção. De forma específica, na rede de atenção às urgências e às emergências deve funcionar como um dos pontos da rede, cabendo à Central de Regulação o papel de centro ordenador e coordenador de todos os componentes da rede. Dentro do modelo de assistência aos casos de urgência atualmente concebidos pelo SUS, é esperado que as unidades básicas de saúde / Equipes da Estratégia Saúde da Família realizem o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com seu nível de assistência (urgências de baixa gravidade/complexidade) (Brasil, 2002).

Para que esse acolhimento ocorra de forma apropriada é imprescindível que as unidades básicas de saúde contem com: profissionais qualificados para enfrentamento desses quadros agudos ou crônicos agudizados; espaço devidamente abastecido e reconhecido pelos profissionais de saúde, com medicamentos e materiais⁴ essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram na proximidade ou em sua área de abrangência, até a viabilização da transferência do usuário para unidade de maior porte, quando necessário.

- b) As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), previstas no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e na Política Nacional de Atenção às Urgências, foram instituídas com o objetivo de fortalecer a implementação de Redes de Atenção Integral às Urgências (Brasil, 2008), sendo implantadas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção às urgências e às emergências, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Possuem estrutura de complexidade intermediária entre as UBS e unidades de saúde da família (USF) e as portas de urgência da rede hospitalar. Junto com essas unidades de saúde a UPA compõe a rede organizada de atenção às urgências (Brasil, 2008).

⁴ Definidos pela Portaria GM N.O 2.048, de 5 de novembro de 2002 (Brasil, 2006a).

Assim, devem atender às urgências de baixa complexidade (principalmente, nos finais de semana quando as UBS não funcionam) e média complexidade, funcionando 24 horas/dia. Nos casos de alta complexidade ou que exijam maior aparato tecnológico, as UPA devem prestar atendimento inicial, com base na avaliação primária do ABCDE do trauma, encaminhando posteriormente, via transporte sanitário, para outra UPA ou hospital de referência⁵. Sua estratégia de atendimento está diretamente relacionada e condicionada à atuação do Serviço Móvel de Urgência – SAMU – (Brasil, 2008).

- c) Os hospitais são estabelecimentos com infra-estrutura específica definida por lei e que na perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências, devem atender, de acordo com seu porte e tipo de estabelecimento, prioritariamente, os casos de alta complexidade.

3.1 A classificação de risco: o Sistema de Triage Manchester (STM)

Para que os pontos fixos de atenção às urgências e emergências – UBS, UPA e Pronto Atendimento dos Hospitais - funcionem em conformidade com o seu nível de complexidade tecnológica é previsto um sistema de classificação de risco.

A classificação de risco é um instrumento que possibilita acolher e organizar a demanda por serviços de saúde de urgência e emergência não pela ordem de chegada, mas pela identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentados (Brasil, 2004; Minas Gerais, 2009). Espera-se assim melhorar o atendimento nas portas de entrada de urgência e emergência do SUS. Deve-se ressaltar, no entanto, que a existência de um sistema de classificação de risco estruturado isoladamente, sem a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento com demais pontos de atenção não garante uma melhoria na qualidade da assistência (Espírito Santo, 2008).

Existem vários modelos de classificação de risco sendo adotados no Brasil e outros países⁶: Mais especificamente no Estado de Minas Gerais o modelo mais difundido e utilizado pelos serviços públicos de atendimento à urgências e emergências, é o Sistema de Triage Manchester (STM). Este sistema foi criado pelo Grupo de Triage de Manchester, Inglaterra, em 1994, com o objetivo de estabelecer um consenso sobre um procedimento padrão de triagem dos usuários entre os médicos e enfermeiros de atendimento a emergências. Tem como pontos fundamentais o desenvolvimento de nomenclatura com

⁵ Informação obtida, por meio de texto impresso, na Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

⁶ Os modelos mais difundidos são: o Australiano (Australasian Triage Scale - ATS): foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade; Canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS): muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense; Americano (Emergency Severity Index - ESI): trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país; Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT): baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos mas é de uso complexo e demorado. Manchester (Manchester Triage System - MTS): trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor. Está sistematizado em vários países da Europa (Diogo, 2007; Mendes, 2009).

definições comuns; uma metodologia de triagem potente; um pacote de treinamento e um guia para auditoria das triagens (Mackway-Jones *et al.*, 2006). Dessa forma, possibilita critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo, por diferentes equipes de saúde; elimina a triagem sem fundamentação científica; pode ser aplicada por médicos ou enfermeiros; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; pode ser aplicada em um tempo máximo de 3 minutos; e pode ser auditada (Mendes, 2009).

Assim, o *Protocolo de Manchester* possibilita organizar a porta de entrada dos serviços de urgência e emergência – nos hospitais, Pronto Atendimento (PA) ou Pronto Socorro (PS) – em função da gravidade do caso. Nesse sentido o conceito de urgência está atrelado ao risco eminente de vida, agravos à saúde ou grau de sofrimento (dores fortes, febre alta, desmaios etc.). Traduz ainda um período de tempo que o usuário poderá aguardar para ser atendido por médico, realizar exames complementares de diagnóstico e terapêutica e/ou outros procedimentos, sem que isso represente prejuízo para o seu estado de saúde (Diogo, 2007).

Por meio do Protocolo de Manchester o estado de saúde do demandante dos serviços de urgência e emergência é classificado em 5 níveis de gravidade, por meio de cores: vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente).

3.2 A pactuação para atendimento de situações Urgentes e Não Urgentes no Distrito Sanitário de Venda Nova

Embora o Protocolo de Manchester não tenha sido desenhado para definir a unidade de saúde adequada para atendimento do paciente, pela conformação do Sistema de Saúde Brasileiro, que distribui os serviços de assistência à saúde por níveis de complexidade, considera-se que os casos classificados nas cores vermelha, laranja e amarelo são característicos para atendimento nos serviços de urgência e emergência (PA ou PS) hospitalar. Os casos laranja, amarelo e verde para atendimento nas UPA, e os casos verdes e azuis para atendimento nas UBS.

Esse fato é materializado com uma pactuação realizada entre a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte (SMSA-BH) e as unidades de saúde deste Município. Especificamente no Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN) a pactuação foi realizada entre a SMSA-BH, o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e a UPA/VN. Por meio dessa pactuação, a partir de janeiro de 2010, o PS/HRTN passou a concentrar seu atendimento nos usuários com condição de saúde classificada nas cores vermelha, laranja e amarelo e a encaminhar às UPA ou às UBS de referência do usuário, os casos classificados nas cores verde e azul, respectivamente. Esse encaminhamento é condicionado à capacidade – material e humana – de atendimento dessas Unidades, que é verificada no dia-a-dia do trabalho por meio de troca de informações entre as Unidades de Saúde. Assim, situações cotidianas, podem fazer com que um determinado caso, que a princípio, pudesse ser encaminhado à outra unidade de saúde de menor complexidade, seja atendido pelo HRTN.

Dessa forma, sob a perspectiva técnica e normativa brasileira, pode-se dizer que os atendimentos classificados nas cores verde e azul não são adequados para o nível de atendimento hospitalar, por serem de pouca ou não urgência de atendimento.

4 Metodologia

A pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso, adotando como estratégia a análise quantitativa e descritiva (ou dedutiva) dos dados, por meio de análise univariada. Para tal, foi utilizada fonte de dados secundários, fornecidos pelas instituições envolvidas no estudo. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, abrangendo o período de agosto de 2009 a julho de 2010.

Tendo em vista o modelo da rede assistencial antes considerado, teve por objetivo caracterizar a demanda por serviços públicos de urgência e emergência em um Distrito Sanitário do Município de Belo Horizonte/MG, tomando como objeto de análise a demanda por um Centro de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento e uma Unidade Hospitalar. Elegeu-se como unidade hospitalar o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), como Unidade de Pronto Atendimento, a UPA Venda Nova (UPA-VN) e Unidade Básica de Saúde, o Centro de Saúde Venda Nova (CSVN), pontos fixos de atenção às urgências e emergências no Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN), município de Belo Horizonte/Minas Gerais. A contextualização demográfica e de atenção à saúde destas unidades de análise, feita por Da Costa (2011), no que se refere à distribuição por sexo e idade, composição epidemiológica e caracterização do uso dos sistemas de saúde sugerem que estas unidades de análises são adequadas para representar a realidade das redes de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte.

Deve-se salientar que o HRTN e a UPA-VN adotam o STM para a classificação de risco. No entanto na UPA-VN o sistema não é informatizado. No caso do CSVN, no período analisado ainda não se aplicava nenhum critério científico de classificação de risco. Essa limitação da UPA-VN e do CSVN restringiu as análises dos dados, sem comprometer, no entanto, os resultados encontrados.

O universo desta pesquisa foi o conjunto de atendimentos realizados pelos pontos fixos de atenção às urgências do DSVN, referente às pessoas declaradas residentes no município de Belo Horizonte/MG, período de agosto de 2009 a julho de 2010, e que tiveram o registro do atendimento realizado pelas unidades de saúde envolvidas no estudo. Como amostra foram tomados os atendimentos identificados pelo processo de georreferenciamento como sendo de pessoas residentes em área adstrita ao Centro de Saúde de Venda Nova (CSVN)⁷.

Para obtenção dos dados de recursos humanos, materiais, de infraestrutura e funcionamento das Unidades de Saúde foram realizadas consultas diretas aos gerentes da UPA/VN e CSVN. Também, foram realizadas consultas diretas com assessores de diretoria e profissionais ligados ao Setor de Tecnologia de Informação e do Pronto Socorro do HRTN para obtenção de informações referentes ao STM. Informações também foram obtidas por meio de consulta a profissionais de outras instituições de Saúde, experientes em serviços de urgência e emergência, em acolhimento e em processos de triagem utilizando o Protocolo de Manchester,

⁷ Portanto, trata-se de uma amostra do tipo não probabilística, uma vez que foi escolhida de forma intencional. Conforme Selltz *et al.* (1965) desde que se use de discernimento e de uma estratégia adequada, pode-se decidir os casos a serem incluídos na amostra

As variáveis definidas para este estudo foram baseadas no modelo comportamental de Aday e Andersen (1974), focando especificamente nos fatores de ordem individual que interferem na utilização dos serviços de saúde. Esses fatores foram reunidos por esses autores em 3 grupos:

- a) fatores predisponentes, que definem a propensão dos indivíduos para usar os serviços de saúde e que são anteriores a qualquer episódio de adoecimento;
- b) fatores capacitantes, relacionados à capacidade de consumo dos serviços de saúde (pelo indivíduo e/ou sua família) e à oferta de serviços de saúde; e,
- c) necessidade de saúde (percebida ou diagnosticada).

Na perspectiva do modelo de Aday e Andersen (1974), para que a utilização dos serviços se realize “é preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham os meios (renda, meio de locomoção, tempo) e as informações necessárias para chegar aos serviços, e deles fazer uso” (Travassos e Castro, 2008). Consequentemente, neste trabalho foram analisadas as variáveis passíveis de serem levantadas por meio dos registros administrativos das unidades de saúde envolvidas neste estudo, como apresentado a seguir.

- a) fatores predisponentes: idade (faixa etária), sexo e situação conjugal.
- b) fatores capacitantes: a região de moradia do usuário e a oferta dos serviços de saúde disponíveis na região. Considerou-se que o fato do usuário ter chegado até ao hospital implica que ele conseguiu romper as primeiras barreiras de acesso, como exemplo: distância, recursos financeiros e meio de transporte (fatores capacitantes).
- c) necessidade de saúde: considerou-se que o fato do usuário recorrer aos serviços de saúde implica em uma necessidade percebida; o registro do atendimento na unidade de saúde, uma necessidade identificada por profissional de saúde;

Também, foram incluídas no estudo variáveis relacionadas ao atendimento: dia da semana, mês, ano, turno e horário do atendimento, e tipo de resultado (ou desfecho do atendimento).

5 Resultados

Neste item é apresentada uma análise conjunta dos resultados encontrados a partir da análise dos atendimentos realizados pelos serviços de urgência e emergência do HRTN, pela UPA/VN e pelo Serviço de Acolhimento do CSVN.

Deve-se salientar que o fato do HRTN ter o seu sistema de triagem informatizado, possibilitou que seus atendimentos fossem classificados em Urgente (UR) e Não Urgente (NU). No grupo dos atendimentos UR inclui-se os atendimentos classificados nas cores vermelho, laranja e amarelo. No grupo NU os atendimentos classificados nas cores verde e azul.

Para obtenção dos dados referentes aos atendimentos da UPA-VN, foi necessário recorrer a fontes de dados diferentes como apresentado no QUADRO 1.

QUADRO 1

Demonstrativo das fontes dos dados referentes aos atendimentos realizados na UPA/VN.

Instituição	Prodabel	Serviço de Estatística da UPA/VN	GEREPI-VN
Formato dos dados fornecidos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Por atendimento/usuário 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolidado por mês e ano do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolidado por turno de atendimento (diurno, noturno) e mês e ano de atendimento.
Variáveis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Data do atendimento; ○ horário do atendimento; ○ data de nascimento; ○ sexo; ○ estado civil; ○ CS de ref. do usuário. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester (Cor); ○ desfecho do Atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Classificação de risco (emergência, urgência, não urgência); ○ distribuição por sexo; ○ distribuição por faixa etária; ○ Desfecho do atendimento.
Universo/Amostra	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pop. adstrita ao CSVN. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todos os atendimentos realizados pela UPA/VN. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todos os atendimentos realizados pela UPA/VN.
Quantidade de registros	<ul style="list-style-type: none"> ○ CSVN: 4.774 ○ DSVN: 51.928 ○ Belo Horizonte: 69.376 ○ Todos atendimentos: 94.765 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todos atendimentos: 116.872 ○ Atendimentos com especificação da classificação de risco: 111.748 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Classificação de risco: 89.685. ○ Distribuição por sexo: 89.090. ○ Distribuição por faixa etária: 93.281. ○ Desfecho do atendimento: 90.082

Fonte: elaboração a partir dos dados coletados em Da Costa (2011)

Para obtenção dos dados dos atendimentos realizados pelo CSVN recorreu-se a Gerência de Epidemiologia do DSVN, considerando-se apenas os atendimentos relativos aos serviços de acolhimento, que são caracterizados por demanda espontânea.

Somando-se os quantitativos dos atendimentos realizados pelos três pontos de atenção à saúde acima referidos, obtém-se um total de 17.562 registros, correspondentes a pessoas residentes na área adstrita ao CSVN e que procuraram pelos serviços de urgência e emergência (QUADRO 2). Desses, cerca de 61% das pessoas recorreram aos serviços de acolhimento do CSVN, 27% da UPA/VN e 12% do PS/HRTN.

Essas proporções indicam que o nível hospitalar da assistência não atua como a principal referência da população adstrita ao CSVN na demanda por atendimentos de urgência e emergência e sim, à unidade básica de saúde. Esse é o quadro esperado pelos sistemas de saúde que organizam seus serviços de saúde em redes atenção à saúde, e que vem sendo adotado no Estado de Minas Gerais. Também, pode se concluir que a UPA/VN já ocupa um espaço importante de referência para os casos de urgência e emergência para a população adstrita ao CSVN, como esperado pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

Embora essas informações sejam relevantes, elas devem ser tomadas com cautela, pois não foi possível qualificar os atendimentos realizados pelo acolhimento do CSVN, e nem identificar nominalmente (ou por meio do número do cartão SUS), quem recorreu a cada ponto da atenção. Isso é importante, pois as pessoas recorrem aos serviços de

acolhimento nas UBS por motivos distintos – não obrigatoriamente, uma urgência médica – ou ainda, uma mesma pessoa, em situações de saúde diferentes, pode recorrer a pontos de saúde diferentes. Por exemplo, lançando mão de um possível imaginário popular, a pessoa em um caso de febre pode recorrer ao Centro de Saúde, mas em um caso de problemas nos membros, recorrer direto ao hospital ou a UPA. Ou seja, ela não teria um vínculo estabelecido com a UBS para qualquer condição do estado de saúde. Outra questão, na direção de ter cautela na análise dos dados, é que do total de atendimentos contidos no banco de dados do HRTN, apenas 56% deles foram considerados como válidos para os fins do estudo de Da Costa (2011).

Ainda pelo QUADRO 2, observa-se que durante o período analisado, a unidade de saúde que apresentou maior acréscimo no volume de atendimentos, principalmente, no 1º semestre de 2010, foi a UPA/VN. O PS/HRTN, por outro lado, apontou redução no número total de atendimentos, influenciado, principalmente, pela redução nos casos classificados como NU. Nesse Hospital, nos casos UR observou-se ligeiro acréscimo, sugerindo ser em função da absorção de casos UR encaminhados pela UPA/VN. Nos dados do CSVN não se observa alteração no quantitativo de atendimentos.

Focando as análises sobre os fatores predisponentes, em relação a variável sexo, observa-se que enquanto no PS/HRTN há maior concentração de pessoas do sexo masculino, na UPA/VN e no CSVN, neste principalmente, há maior concentração de pessoas do sexo feminino. Esses dados apontam para a possibilidade dos homens ainda reconhecerem a unidade hospitalar como principal referência para atendimentos de urgência e emergência.

A maior presença de pessoas do sexo feminino nos atendimentos do CSVN pode ser uma consequência de políticas públicas que tradicionalmente privilegiam a atenção materna infantil, prestadas, principalmente, nas unidades básicas de saúde, favorecendo o vínculo das mulheres com os centros de saúde. Quanto à maior frequência de pessoas do sexo masculino na unidade hospitalar, alguns profissionais de saúde levantaram a hipótese de que esse fato poderia ser, em parte, explicado pelo fornecimento de atestado médico pelos hospitais, o que não acontece, normalmente, nas unidades básicas de saúde. Portanto, novos estudos similares a este poderiam caminhar nessa linha de investigação.

Quanto a variável situação conjugal tanto na UPA/VN quanto no HRTN prevalecem pessoas sem companheiro (considerando apenas pessoas com idade superior a 15 anos). Para o CSVN esse dado não foi obtido.

QUADRO 2

Comparativo entre os atendimentos realizados no PS/HRTN, UPA/VN e CSVN.
Período Ago./2009 a Jul./2010.

UNIDADE DE SAÚDE =>	PS/HRTN			UPA/VN			CSVN
Fonte de Dados	Setor de Tecnologia de Informação/HRTN			Prodabel	Serv. Estatística UPA/VN	GEREPI/VN	GEREPI/VN (*)
População de Referência	CSVN			CSVN	Belo Horizonte e Outros Municípios		CSVN
Grupos de Referência	Não Urgente	Urgente	Total	-	-	-	-
Amostra							
Número de casos	930	1168	2098	4.774	111.748	80.090	10.690
Frequência relativa (%)	44%	56%	100%	100%	100%	100%	100%
Atendimentos							
Maior concentração	Nov./2009	Mar./2010	Nov./2009	Mai./2010	Abr./2010	Mai./2010	Ago./2010
Menor concentração	Jun./2010	Set./2009	Jun./2010	Ago./2009	Set./2010	Set./2009	Dez./2010
Média 2o. Semestre 2009	95	91	186	223	7.395	5.926	888
Média 1o. Semestre 2010	65	102	167	523	10.682	8.495	893
Quociente 2010/2009	0,68	1,12	0,9	2,35	1,44	1,43	1,01
FATORES PREDISPOANTES: SEXO, FAIXA ETÁRIA E SITUAÇÃO CONJUGAL (COM COMPANHEIRO)							
Sexo							
Feminino	44,00%	46,70%	45,50%	55,30%	-	53,00%	66,00%
Masculino	56,00%	53,30%	54,50%	44,70%	-	47,00%	34,00%
Faixa Etária							
< 19 anos	36,10%	24,10%	29,40%	35,90%	-	17,50%	-
20 a 39	35,60%	34,90%	35,20%	32,30%	-	39,20%	-
40 a 59	19,90%	23,60%	22,00%	20,60%	-	30,00%	-
60 ou mais	8,40%	17,40%	13,40%	11,10%	-	13,30%	-
Situação Conjugal: Sem parceiro(a)							
15 a 29	3,5%	3,8%	3,7%	13,5%	-	-	-
30 a 44	26,1%	20,3%	22,8%	56,6%	-	-	-
45 a 59	28,7%	27,7%	28,1%	65,1%	-	-	-
60 ou mais	28,2%	19,2%	21,7%	53,0%	-	-	-
Total	17,6%	16,1%	16,7%	42,4%	-	-	-
CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA: DIA DA SEMANA E TURNO							
Dia da Semana							
Maior Demanda	Segunda	Domingo e Sábado	Segunda	Segunda	-	-	Segunda
Menor Demanda	Domingo e Sábado	Terça	Quinta	Domingo	-	-	Sexta
Turno Geral de Atendimento							
Diurno	77,20%	59,93%	67,59%	74,60%	-	60%	-
Noturno	22,80%	40,07%	32,41%	25,40%	-	40%	-
Turno Diurno							
07:00 às 12:59 h.	46,10%	47,86%	46,97%	54,50%	-	-	-
13:00 às 19:00 h.	53,90%	52,14%	53,03%	45,50%	-	-	-

Fonte: elaboração a partir dos dados coletados em Da Costa (2011)

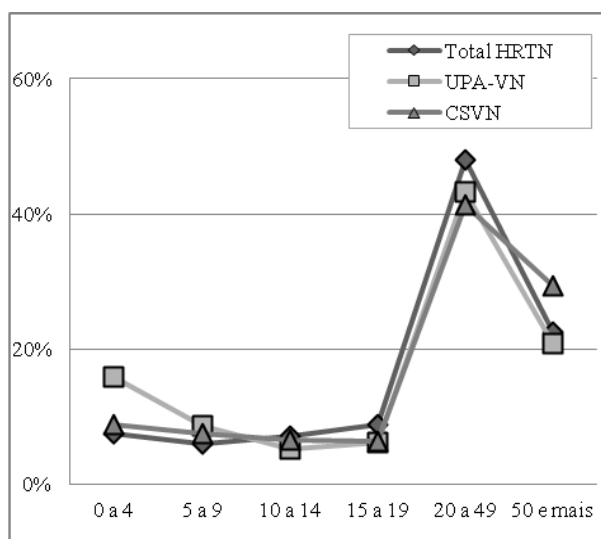
(*) Referente aos dados do item 4.3: Primeiro conjunto de dados: informações por registro de atendimento

(**) Referente às idades de 15 e mais

Com relação à variável idade, observa-se pelo GRÁF. 1, que há semelhança na estrutura etária dos atendimentos realizados pelos três pontos fixos da rede de atenção às urgências e emergências. No entanto, há maior proporção de atendimentos realizados pela UPA/VN na faixa etária de 0 a 4 anos, e de pessoas na faixa etária de 50 e mais, no CSVN.

GRÁFICO 1

Atendimentos realizados no PS/HRTN e na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova – e no CSVN: acolhimento, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



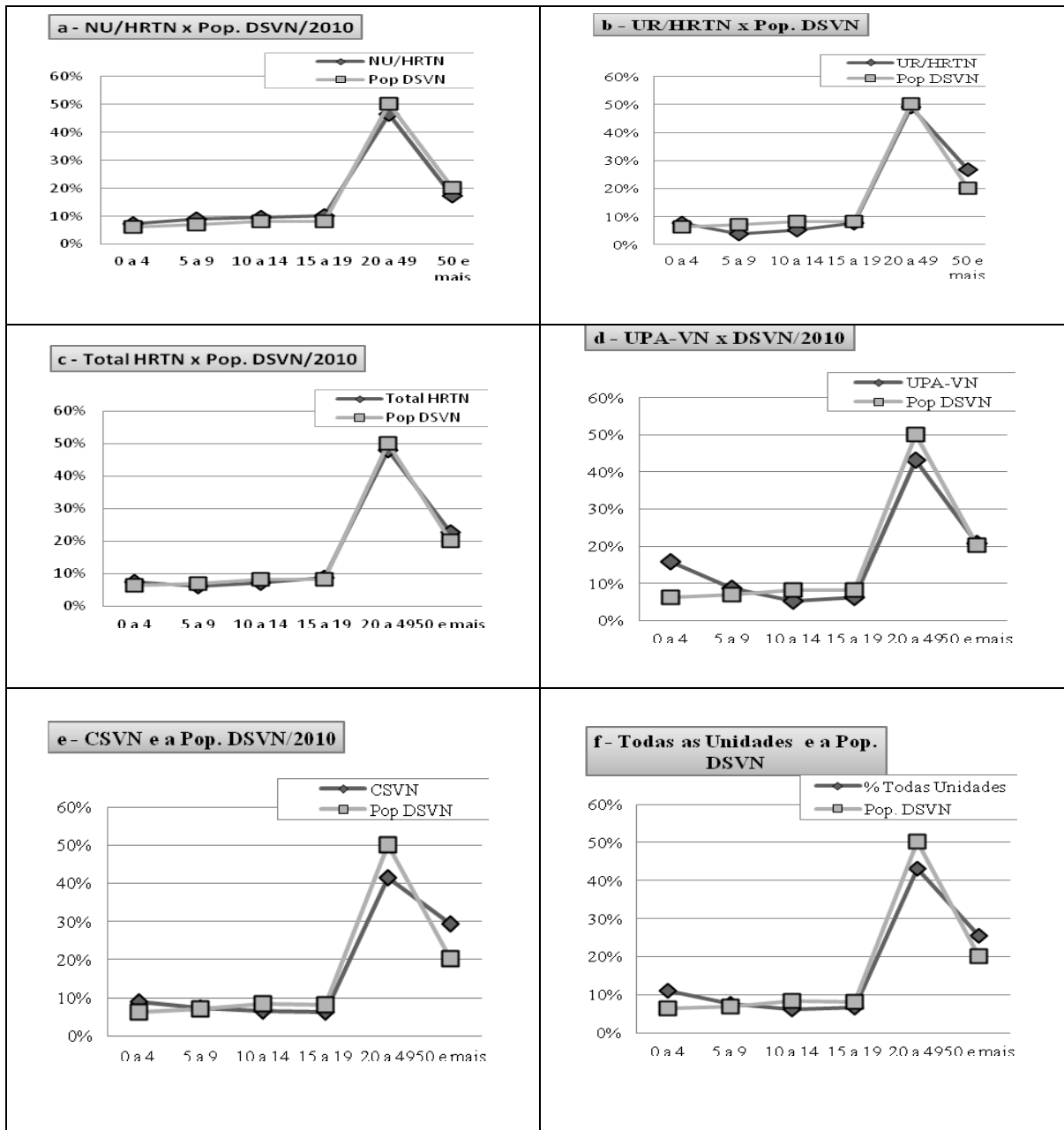
Fonte de dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia/HRTN, Prodabel e Gerência de Epidemiologia do DSVN (Da Costa, 2011)

Comparando a estrutura de idade do total de atendimentos realizados por cada ponto da atenção, com a estrutura etária da população adstrita ao DSNV/2010, observa-se que a estrutura de idade dos atendimentos realizados no PS/HRTN (GRÁF. 2 – c), se equivalem. Nos atendimentos referentes a UPA/VN (GRÁF. 2 – d) observa-se que a proporção de atendimentos é superior a da população nas faixas etárias de 0 a 4 anos. E no CSVN (GRÁF. 2 – e), a proporção de atendimentos é superior na faixa etária de 50 e mais.

Somando os atendimentos realizados pelos três pontos de atenção às urgências e emergências – PS/HRTN, UPA/VN e CSVN - e comparando com a estrutura de idade da população adstrita ao DSNV/2010 (GRÁF. 2 – f), observa-se que a estrutura de idade do total dos atendimentos é semelhante à estrutura da população. No entanto, nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 50 e mais, observa-se maior proporção de atendimentos, em consonância com os grupos que apresentam maior vulnerabilidade às condições de saúde, na área adstrita ao CSVN.

GRÁFICO 2

Atendimentos realizados no PS/HRTN (por grupo de referência e total) e na UPA/VN (total) – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –; no CSVN: acolhimento (total); e por todos os pontos da rede de urgência e emergência (total) (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011) – IBGE/Censo 2010; Banco de dados Setor de Tecnologia/HRTN; Prodabel e Gerência de Epidemiologia do DSVN (Da Costa, 2011)

Quanto ao grupo de 50 e mais, ao mesmo tempo que é o grupo da população que mais demanda pelos serviços do CSVN, é o grupo com maior proporção de casos classificados como UR no PS/HRTN (GRÁF. 2 – b). Como visto, pelos dados obtidos, não foi possível identificar se as pessoas que demandam mais pelo CSVN, são as mesmas que demandam mais pelo PS/HRTN.

Voltando às análises para as características da demanda pelos serviços de saúde (QUADRO 2), observa-se que tanto nos casos NU do PS/HRTN, quanto nos casos referentes a UPA/VN e ao CSVN, há maior concentração de atendimentos na segunda-feira, e menor nos finais de semana. No CSVN, que funciona de 2a a 6a, horário diurno, observa-se que a maior concentração de atendimentos acontece no período de 2a a 4a feira. No PS/HRTN e na UPA/VN a maior frequência de atendimentos acontece no turno diurno. No caso do PS/HRTN, no diurno, a maior frequência é no intervalo de 13:00 às 19:00 horas e na UPA/VN, no intervalo de 07:00 às 12:59h. Deve-se ressaltar que das 6 equipes da ESF que atuam no CSVN, 4 oferecem horário de acolhimento no intervalo de 07:00 às 12:59h e 2 no intervalo de 13:00 às 19:00 horas.

Com relação às necessidades de saúde, não se obteve informações que pudessem balizar a comparação entre os três pontos de atenção à saúde. No entanto, tomando como parâmetro o desfecho dos atendimentos, observou-se que tanto no HRTN, quanto na UPA/VN, a maioria dos atendimentos resultou em alta após atendimento clínico. Esses dados sugerem que esses atendimentos não exigiam atendimento de nível de complexidade hospitalar.

Por essas análises comparativas, pode-se abstrair que, tomando como referência os fatores predisponentes, e as características da demanda pelos serviços do HRTN, o que distingue a demanda espontânea pelo HRTN dos demais pontos de atenção às urgências e emergências, de uma forma geral, é a maior proporção de pessoas do sexo masculino.

5 Considerações para discussão e conclusões

Este estudo teve por objetivo caracterizar a demanda por serviços de urgências e emergência, por uma dada população. A fim de subsidiar as análises, optou-se por basear o estudo na proposta de organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, mais especificamente às redes de atenção às urgências e emergências. Assim, foram incluídos no estudo três pontos fixos de atenção às urgências e às emergências, localizados, no DSVN, município de Belo Horizonte: O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), a Unidade de Pronto Atendimento de Venda Nova (UPA/VN) e o Centro de Saúde Venda Nova (CSVN). Neste foram considerados apenas os atendimentos relativos ao serviço de acolhimento.

Por este estudo concluiu-se que o HRTN não representa a principal referência da população adstrita ao CSVN, para atendimento aos casos de agudização do estado de saúde. Os dados apontaram que nesses atendimentos a maioria da população recorre aos serviços de acolhimento do CSVN, seguido da UPA/VN. Juntas essas unidades de saúde absorveram cerca 88% da demanda pelos serviços de urgência e emergência no período analisado. Esses dados sugerem que o HRTN não está atuando como a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde nos serviços de urgência e emergência, para a população estudada. No entanto, esses dados devem ser analisados com cautela, uma vez que não foi

possível qualificar os atendimentos do serviço de acolhimento do CSVN, que, sozinho, representou cerca de 61% dos atendimentos. Novos estudos devem ser realizados, tomando-se como referência populações adstritas a outros centros de saúde, a fim de se verificar se esse mesmo fenômeno será observado.

Se esse ponto é favorável à atenção primária, por outro lado, considerando-se que as unidades básicas de saúde devem ser capazes de atender aos casos classificados como verde e azul (STM), não se pode deixar de ressaltar que a pactuação entre a SMSA-BH, o HRTN e a UPA/VN, a princípio, não impactou nos atendimentos de acolhimento do CSVN. Isso pode sugerir limitações da atenção primária para ampliar o seu vínculo com sua população. Além de se observar maior presença de pessoas do sexo masculino no PS/HRTN, enquanto há maior presença de pessoas do sexo feminino no acolhimento do CSVN, observou-se, também, que não houve alteração na quantidade de atendimentos realizados por este CS, no período analisado.

Na direção de não responsabilizar somente o usuário pela utilização indevida dos serviços de urgência hospitalar nos casos de pouca ou não urgência de atendimento, salienta-se que para a aplicação da classificação do Protocolo de Manchester (definindo a prioridade do atendimento, em função da necessidade imediata de tratamento) os profissionais de saúde, já com formação formal apropriada, necessitam de treinamento adicional para definir com mais segurança o nível de risco à vida, apresentado pelo usuário. Então, não se deve esperar que o usuário, ou seu acompanhante, tenha discernimento sobre a gravidade que o seu problema de saúde oferece, ou mesmo o nível de complexidade, para a partir daí definir qual ponto de saúde deverá procurar.

Um ponto que também ficou evidenciado por este estudo é que a população responde de forma positiva às mudanças na política. Isso fica evidenciado na redução no número total de atendimentos realizados pelo PS/HRTN, a partir da pactuação entre a SMSA-BH, o HRTN e a UPA/VN, influenciada pela redução na demanda dos casos NU. Paralelo à redução nos casos NU do PS/HRTN, observou-se aumento na demanda desses casos pelos serviços da UPA/VN. Não se quer dizer, com isso, que a população esteja satisfeita com tal pactuação, ou que ela esteja tendo suas necessidades devidamente resolvidas.

Se a população responde de forma positiva às mudanças na política, há que se investir mais em informações para o usuário. Se se espera que ele contribua para a lógica de funcionamento do sistema de saúde, tem que avisá-lo em qual ponto de assistência à saúde ele deve e pode recorrer, de acordo com as suas necessidades de saúde. Como disse um profissional de saúde em um centro de saúde visitado, “mudaram a lógica do sistema, mas se esqueceram de avisar ao usuário”.

Dado o exposto, pode-se dizer que para reduzir a pressão pelo Serviço de Urgência e Emergência do HRTN, as medidas necessárias estão muito mais no nível das competências do gestor público do que no comportamento ou nas preferências dos usuários por uma ou outra unidade de saúde. Como muitos estudos apontam, dentre eles o de Cecílio (1997), o usuário busca aquela unidade que ele entende que irá resolver o seu problema. Isso fica patente quando ele deixa de recorrer ao PS/HRTN e passa a buscar pela UPA/VN, após a implantação da pactuação entre a SMSA-BH e essas unidades.

A princípio, uma medida que poderia atenuar a demanda pelo PS/HRTN seria investir em recursos materiais, humanos (em termos quantitativos e de desenvolvimento

profissional) e de infraestrutura nas unidades básicas de saúde e de pronto atendimento do Distrito Sanitário de Venda Nova, para o atendimento dos casos NU que ainda foram realizados pelo HRTN. Um exemplo, é a alta presença de sintomas definidos como "problemas nos membros" (dado não mostrado) que pelo desfecho, indicaram ser casos que não precisavam demandar a complexidade hospitalar.

Outra medida seria os centros de saúde ampliar o horário de acolhimento das equipes de saúde, incluindo o atendimento dos médicos, para o seu horário integral de funcionamento: 07 horas às 19 horas. Esse mostrou ser o turno de maior demanda pelo PS/HRTN e pela UPA/VN.

Ainda pautado nas análises deste estudo, três outras considerações devem ser feitas: um melhor uso de processos de georreferenciamento dos endereços dos usuários; e melhorar a qualidade dos dados informatizados pelas unidades de saúde.

O processo de georreferenciamento dos endereços dos usuários possibilita identificar o distrito sanitário de referência do usuário que procura pelos serviços de saúde, bem como o seu centro de saúde de referência e setor censitário. Isso quer dizer que, por meio desse processo, é possível se identificar a equipe de saúde diretamente responsável pela atenção à saúde do usuário demandante pelos serviços de atenção às urgências e emergências. E isso é muito significativo para um sistema de saúde que se propõe operar, pautado nos princípios da integralidade e continuidade da atenção à saúde, focado em área de adstrição territorial de menor escala geográfica.

Desse modo, seria pertinente que nos cadastros informatizados de usuários das diversas unidades de saúde de Belo Horizonte, fossem incluídas as informações do vínculo de referência dos usuários com o sistema de saúde (Centro de Saúde e Equipe). Essa poderia ser uma maneira rápida e simples de manter os Centros de Saúde informados sobre os atendimentos realizados à sua população, por outras unidades de saúde. Preferencialmente, por meio de sistemas informatizados unificados, as informações, organizadas por setor censitário e nome do usuário, poderiam ficar disponíveis para acesso dos centros de saúde. Com base nessas informações os centros de saúde poderiam realizar busca ativa dos usuários de sua área de adstrição, favorecendo a continuidade do tratamento (se fosse o caso) por meio de um acolhimento apropriado ao indivíduo. Isso favoreceria, ainda, o vínculo do usuário com o seu centro de saúde. Tomando como referência a amostra dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN, referentes à população adstrita ao CSVN, pode-se dizer que, em média, cada equipe desse Centro de Saúde teria que realizar uma busca ativa, por dia.

Mas, essa questão remete a outra observada por este estudo: a necessidade de melhorar a qualidade das informações geradas pelos sistemas informatizados das unidades de saúde. Com relação aos dados fornecidos pelas unidades da PBH – Distrito Sanitário de Saúde e Prodabel – observou-se que, mesmo sendo relatórios gerados a partir de uma mesma base de dados, não houve consistência nos quantitativos das informações geradas. Além do mais, apesar da PBH oferecer um sistema de informação com diversidade de dados, os Distritos Sanitários têm restrição para gerar informações a partir deles.

Também, apesar dos centros de saúde gerarem muitas informações de morbidades, inclusive por meio de notificações de doença, não se conseguiu acesso a uma lista, organizada, de morbidades e causas de mortalidade para a população adstrita ao CSVN. A

inexistência dessas informações para os centros de saúde sugere que essas unidades básicas operam com base em demandas, e não com base no perfil de necessidades da região. É esperado que as equipes de saúde da família sejam capacitadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis. Um fator importante, quando se pensa em redes de atenção é a uniformização dos dados captados e das formas de análise e geração de relatórios, a fim de se possibilitar estudos comparativos entre as unidades de saúde, como foi a tentativa deste estudo.

Vale ressaltar que, tão importante quanto informatizar, é importante formar os profissionais de saúde não só para coletar dados e registrá-los nos sistemas, mas, também, para eles saberem criticar esses dados e transformá-los em informações úteis para o aprimoramento da gestão do sistema de saúde.

Sobre a utilização do Protocolo de Manchester como indicador do nível de complexidade dos procedimentos a serem adotados no atendimento aos usuários, ele se mostrou frágil. Isso já era de se esperar, por não ser essa a sua proposta. Por outro lado, considerando que os estudos epidemiológicos lançam mão de informações referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) para caracterizar o perfil de morbidade das populações, observou-se que o fato do sistema de classificação de risco do HRTN ser informatizado possibilitou uma análise mais completa dos atendimentos realizados por este hospital, por meio da junção de bancos de dados. Esse procedimento mostrou-se útil para apontar o perfil de morbidades, em níveis regionais de menor escala geográfica, pelo menos nas demandas referentes a casos de agudização do estado de saúde. Isso pode favorecer a adequação de políticas públicas, no nível local. Esse fato é importante, principalmente, quando se detecta que há limitação do gestor municipal para levantar esses dados. Mas, para isso, é necessário fazer uso do processo de georreferenciamento dos dados e, também, que os códigos da CID sejam devidamente lançados nos sistemas.

Reconhecendo as atuais limitações da oferta de serviços de saúde em Belo Horizonte, influenciada, inclusive, pela deficiência dos sistemas de serviços de saúde de outros municípios, há que se investir, como visto, na informação para o usuário sobre o funcionamento do sistema de saúde local. O usuário deve conhecer (e poder acreditar) as alternativas que o sistema oferece, além dos Hospitais, para atendimento aos casos de urgência e emergência. Acredita-se que a confiabilidade do usuário em relação aos outros níveis de atenção irá acontecer na medida em que ele recorrer às outras unidades de saúde e tiver seu problema resolvido.

Adicionalmente, conjuntamente com as outras evidências encontradas no estudo de Da Costa (2011) revelou-se a necessidade de estudos que aprofundem na qualificação dos atendimentos classificados pelo Protocolo de Manchester, principalmente, na cor verde (não urgentes). Nessa direção, é de suma importância identificar qual a trajetória dos usuários classificados nessa cor, após serem encaminhados a outras unidades de saúde, investigando os recursos que eles lançam mão para obter cuidados à saúde. Também, deve-se verificar se os usuários que frequentam as urgências e emergência dos hospitais possuem ou já possuíram algum vínculo estabelecido com o seu Centro de Saúde de referência. Isso é importante para qualificar a relação desses usuários com os centros de saúde. A partir dessa qualificação o gestor poderá investir, se necessário, em ações que favoreçam o vínculo entre o usuário e seu centro de saúde.

Ainda, como esse estudo adotou por estratégia a análise quantitativa e descritiva dos dados, por meio de análise univariada, de uma amostra do tipo não probabilística, não foram realizados testes estatísticos. Assim, para novos estudos semelhantes a este, sugere-se a adoção de amostra do tipo probabilística, possibilitando a realização de testes estatísticos, podendo assim, generalizar os resultados para um universo maior.

Por fim, sob o contexto dos aspectos demográficos, é importante que o gestor público esteja atento ao rápido processo de envelhecimento pelo qual está passando a população do município de Belo Horizonte. Como visto, a proporção e o volume de pessoas nas idades de 60 anos e mais está aumentando consideravelmente na população, e, como observado, a proporção dessas pessoas que recorrem aos serviços de urgência e emergência, considerando os três pontos fixos da rede de atenção às urgências e emergências, já é superior à proporção desse grupo na população. Inclusive, no PS/HRTN, a maior proporção dessas pessoas, corresponde ao grupo UR. Portanto, é evidente a necessidade de se investir em políticas públicas que não só garantam recursos – humanos, materiais e financeiros – à população que já se encontra nesse grupo populacional, como também, há necessidade de se investir em medidas de prevenção e promoção da saúde que levem a minimizar a presença de doenças provocadas por causas externas e/ou por hábitos alimentares e estilo de vida, dos demais grupos populacionais.

E, se há a expectativa no aumento da proporção de pessoas idosas na população, e conseqüentemente, da necessidade do aumento de recursos para atender a esse grupo, por outro lado, há um decréscimo na proporção e volume de pessoas menores de 4 anos, provocado pela redução no número de nascimentos. Esse grupo, também, aparece em maior proporção de casos de atendimento a urgência e emergência, quando comparado a sua proporção na população. Então, esse momento deve ser visto, também, como uma oportunidade para aprimorar a atenção à saúde para esse grupo populacional, por meio de um planejamento adequado e da otimização dos atuais recursos disponíveis.

Referências

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 9, n. 3, p. 208-220, Fall 1974.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Portal PBH. Estatísticas e indicadores. [2011?]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742>. Acesso em: 2 abr. 2011.

BRAGA, Fernando Gomes. Migração Interna e urbanização no Brasil contemporâneo: um estudo da rede de localidades centrais do Brasil (1980/2000). *ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 15, 2006. Anais... [Campinas]: ABEP, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. In: _____. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. aum. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. In: _____. Política nacional de atenção às

urgências. 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília, DF, 2006c (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 235, 3 dez. 2008.

CAMARGO JR, K. R. de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 113-126

CESSE, E. Epidemiologia e determinantes sociais das DCNT no Brasil. 2007. 296 f. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DA COSTA, J.S.M. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. 2011. Tese (Doutorado)- Cedeplar/UFMG.

FURTADO, B. M. A. S. M; ARAÚDO JR., J. L. C; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P.. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 51, n. 6: p. 348-53, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27537.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

LOVALHO A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, abr./jun. 2007.

MENDES, E. Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado. Escola de Saúde Pública. Oficina 5: acolhimento e classificação de risco. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Uberaba: 2009. Apresentação. Disponível em

<http://www.docstoc.com/docs/88575126/PDAPS_Oficina-5-Acolhimento-e-classificacao-de-risco_Uberaba_15out2009>. Acesso em: 13 out. 2010.

O'DWYER G, OLIVEIRA SP, DE SETA MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa Qualisus. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/27.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2009.

OLIVEIRA, L.H. et al. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009.

PINHEIRO, Rejane Sobrino.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0487.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1.011-1.022, out./dez. 2006.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897 - 908, out./dez. 2004.

SELLTZ, C. et al. *Métodos de pesquisa das relações sociais*. São Paulo: Herder, 1965.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Cláudia.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 215-246.

TRAVASSOS Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.