

Perfil dos atendimentos de adultos classificados como não urgentes em unidade de pronto atendimento

Profile of adult care classified as non-urgent in emergency care unit
Perfil de atención de adultos clasificados como no urgentes en la unidad de atención de emergencia

Danielle de Fátima Magalhães¹

ORCID: 0000-0002-6863-3010

Mario Gilberto Jesus Nunes²

ORCID: 0000-0003-0816-2592

Junio Cesar da Silva¹

ORCID: 0000-0003-4879-1545

¹Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, Paraná. Brasil.
²Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor correspondente:
Danielle de Fátima Magalhães
E-mail:
dannymagalhaes.s2@gmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil dos atendimentos classificados como não urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, de caráter documental e abordagem quantitativa, realizado em uma UPA localizada na cidade de Curitiba/PR, com usuários a partir de 18 anos e prioridade azul na classificação de risco. Os dados foram tabulados no Excel® e analisados no SPSS® para obtenção de estatísticas descritivas, inferências e realização do teste qui-quadrado. **Resultados:** Analisou-se 213 prontuários, predominando a procura de adultos jovens, com média de idade de 39 anos, do sexo feminino. As principais queixas clínicas/demandas referidas ($p < 0,001$) pelos usuários foram: problemas respiratórios e gripais (36%), administração de medicação (14%) e exposição sexual desprotegida (8%). Os atendimentos pela manhã (39%) foram mais frequentes ($p < 0,001$), sendo a segunda-feira e quarta-feira os dias de maior procura ($p = 0,026$). O desfecho mais comum dos atendimentos foi a alta da unidade (61%; $p < 0,001$). **Conclusão:** O atendimento de adultos com até 39 anos predominou, com maior procura no período diurno. As queixas clínicas e demandas apresentadas não eram compatíveis com o perfil e a complexidade destinados a um serviço de urgência e emergência.

Descritores: Assistência ao Paciente; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde de Emergência.

O que se sabe?

A busca por resolução de demandas não urgentes em Unidades de Urgência e Emergência acarreta períodos longos para efetivação do atendimento, sobrecarga das unidades e desgaste da equipe assistencial.

O que o estudo adiciona?

Apresenta o perfil dos atendimentos analisados e demonstra que as queixas clínicas e os desfechos não são compatíveis com a complexidade destinada às Unidades de Pronto Atendimento.



Como citar este artigo: Magalhães DF, Nunes MGJ, Silva JC. Perfil dos atendimentos de adultos classificados como não urgentes em unidade de pronto atendimento. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2024 [citado em: dia mês abreviado ano];13:e5466. DOI: 10.26694/reufpi.v13i1.5466

Abstract

Objective: To identify the profile of care classified as non-urgent in the Emergency Care Unit (ECU). **Methods:** This is a descriptive, retrospective, documentary study with a quantitative approach, carried out in an ECU located in the city of Curitiba, PR, with users from 18 years of age and blue priority in the risk classification. Data were tabulated in Excel® and analyzed in SPSS® to obtain descriptive statistics, inferences and perform the chi-square test. **Results:** 213 medical records were analyzed, predominantly looking for young adults, with a mean age of 39 years, female. The main clinical complaints/demands reported ($p<0.001$) by users were: respiratory and flu problems (36%), followed by medication administration (14%) and unprotected sexual exposure (8%). Morning calls (39%) were more frequent ($p<0.001$), with Monday and Wednesday being the days with the highest demand ($p=0.026$). The most common outcome of the consultations was discharge from the unit (61%; $p<0.001$). **Conclusion:** The care of adults up to 39 years old predominated, with greater demand during the day. The clinical complaints and demands presented were not compatible with the profile and complexity intended for an urgent and emergency service.

Descriptors: Patient Care; Health Services Needs and Demands; Emergency Health Services.

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil de atención clasificada como no urgente en una Unidad de Atención de Emergencia. **Métodos:** Estudio documental, descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado en una UAE ubicada en la ciudad de Curitiba, PR, con usuarios de 18 y más años con prioridad azul en la clasificación de riesgo. Los datos fueron tabulados en Excel® y analizados en SPSS® para obtener estadística descriptiva, inferencias y realizar la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** Se analizaron 213 historias clínicas, con predominio de adultos jóvenes, con edad promedio de 39 años, del sexo femenino. Las principales quejas/demandas clínicas reportadas ($p<0,001$) por los usuarios fueron: problemas respiratorios y gripe (36%), seguidas de la administración de medicamentos (14%) y la exposición sexual sin protección (8%). Los servicios en horario de mañana (39%) fueron más frecuentes ($p<0,001$), siendo lunes y miércoles los días de mayor demanda ($p=0,026$). El resultado más común de la atención fue dar el alta de la unidad (61%; $p<0,001$). **Conclusión:** Predominó la atención a adultos hasta 39 años, con mayor demanda durante el día. Las quejas y demandas clínicas presentadas no eran compatibles con el perfil y complejidad previstos para un servicio de urgencia y emergencia.

Descriptorios: Atención al Paciente; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Servicios de Salud de Emergencia.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), instituída pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é definida como conjunto de ações e serviços de saúde, organizados em diferentes densidades tecnológicas que, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam assegurar cuidado integral ao usuário. A RAS visa promover interligação sistêmica de ações e serviços de saúde com oferta de atenção continuada, de qualidade, responsável e humanizada, para aperfeiçoar o funcionamento do sistema.⁽¹⁻²⁾

Um dos componentes que integram a RAS é a Rede de Atenção às Urgências (RUE) que foi implementada no Brasil em 2011 após o Ministério da Saúde reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Seu objetivo era reordenar a assistência e atender os agravos de saúde dos usuários na área da urgência e emergência de forma coordenada por meio dos distintos pontos de atenção que a compõe, definir fluxos e redirecionamento dos usuários de forma adequada.⁽³⁻⁴⁾

Como componentes da RUE, destacam-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estabelecimentos de saúde com estrutura de complexidade intermediária, que funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, destinadas a atender situações de urgência e emergência em casos crônicos agudizados ou casos agudos de caráter clínico, cirúrgico ou trauma. Além disso, a UPA realiza a estabilização e a investigação diagnóstica inicial para, posteriormente, avaliar a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.⁽³⁻⁵⁾

Na UPA, os usuários são categorizados de acordo com o risco que apresentam mediante Classificação de Risco (CR), que é um instrumento, no formato de protocolo, utilizado como apoio à decisão clínica, com a finalidade de identificar a gravidade do usuário e permitir atendimento rápido de acordo com o risco potencial que este apresenta. Entre os diferentes sistemas de CR, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM) que, baseando-se na queixa principal do indivíduo, define o tempo e a prioridade de atendimento por meio de cores: vermelho (emergência, atendimento imediato); laranja (muita urgência, atendimento em até 10 minutos); amarelo (urgência, atendimento em até 60 minutos); verde (pouca urgência, atendimento até 120 minutos); azul (não urgente, atendimento em até 240 minutos).⁽⁶⁻⁷⁾

A procura cada vez mais acentuada de usuários com queixas clínicas classificadas como não urgentes acarreta a descaracterização das reais atribuições que a UPA desempenha, por absorver demandas que poderiam ser solucionadas em unidades de menor complexidade, como a Unidade Básica de Saúde (UBS). Isso colabora para a superlotação destes estabelecimentos, interfere na qualidade da assistência prestada, gera longos períodos de espera, acarreta o desgaste dos profissionais, compromete o quantitativo

de recursos humanos e materiais para atender uma maior demanda e resulta em gastos financeiros excedentes aos sistemas de saúde.⁽⁷⁻⁸⁾

Conhecer os motivos que levam os usuários a procurarem a UPA é fundamental para aprimorar a gestão dos serviços de urgência e emergência, auxiliar na execução de uma triagem mais precisa e personalizada, permitir melhor administração dos recursos disponíveis, garantir eficiência e resolutividade no atendimento, possibilitar encaminhamentos adequados às demandas trazidas e contribuir na melhoria dos fluxos de atendimento dentro das redes de atenção à saúde. Ademais, os resultados podem fornecer valiosas informações que subsidiem a construção de estratégias de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.⁽⁷⁾

Considerando a Rede de Atenção às Urgências e os diferentes pontos de atenção à saúde, bem como a finalidade das Unidades de Pronto Atendimento e como os usuários são categorizados dentro deste serviço, busca-se identificar o perfil e as demandas que levam os usuários com queixas não urgentes a buscarem os serviços destinados à assistência de urgência e emergência. Assim, o objetivo deste estudo é identificar o perfil dos atendimentos classificados como não urgentes em Unidade de Pronto Atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada na cidade de Curitiba/PR. A unidade oferece atendimento médico e de enfermagem de urgência e emergência a adultos e crianças por demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Incluiu-se os dados de prontuário eletrônico de usuários atendidos na UPA, com idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos, categorizados com a prioridade azul (não urgente) na classificação de risco, atendidos no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2022. Excluiu-se os prontuários de usuários cujo acesso às informações do atendimento não estava disponível.

Para o cálculo amostral, considerou-se o número total de usuários atendidos na UPA classificados como azul (não urgentes) no período de 1º de julho de 2022 a 31 de dezembro de 2022 (1569 atendimentos), de forma estratificada, calculada a partir do número total de atendimentos, com 95% de confiança e margem de erro igual a 5%, chegando à amostra de 213 (13,6% da população).

Baseando-se nas informações disponibilizadas no sistema de saúde do município, utilizou-se instrumento estruturado para coleta de dados contendo as seguintes informações: sexo; idade; data e horário do atendimento; sinais vitais; fluxograma (fluxo de atendimento protocolar definido pela gestão municipal); principal diagnóstico médico e CID (Classificação Internacional de Doença); queixas referidas pelo usuário na classificação de risco; queixa principal referida pelo usuário; conduta/desfecho do atendimento. O acesso a estas informações foi realizado por meio do prontuário eletrônico próprio do município de Curitiba, utilizado na instituição. Para a extração dos dados presentes nos prontuários, os participantes foram nominados com a letra "P" seguida de numeral ordinal referente à sequência estabelecida de coleta (P1, P2, P3,...).

Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2023 e tabulados em planilhas do software Microsoft Excel®. Para a análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas conforme suas frequências e porcentagens de ocorrência. Para as variáveis contínuas, o teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para testar a normalidade. Nas variáveis com distribuição normal (pressão arterial sistólica e diastólica; $p > 0,123$), os dados foram apresentados em média e desvio padrão, enquanto nas variáveis com normalidade violada (frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e temperatura corporal; $p < 0,001$) os dados foram apresentados em mediana e intervalo interquartilico 1 e 3 (percentis 25 e 75).

A apresentação destas informações foi feita em tabelas, formatadas no Microsoft Word®. Para as análises inferenciais, os dados tabulados no Excel foram transferidos para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23/2015. Com o objetivo de comparar as características dos atendimentos (turno, dia da semana, fluxograma, queixa principal, conduta), utilizou-se o teste de qui-quadrado. O mesmo teste também foi aplicado para comparar os dias da semana e queixa principal dos atendimentos entre as diferentes faixas etárias. A significância de todas as análises foi determinada em 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS/Curitiba), recebendo Parecer favorável sob o nº 5.905.706 em 22 de fevereiro de 2023, atendendo às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde estabelecidas pela Resolução 466/12 para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos.⁽⁹⁾

RESULTADOS

Analisou-se 213 prontuários de atendimentos realizados na UPA; a maior procura foi de usuários adultos jovens, nas duas primeiras faixas etárias (média=39 ±15), com idades variando de 18 a 86 anos e predominância do sexo feminino. A procura por atendimento se concentrou principalmente nos turnos da manhã e tarde, sem diferença significativa na demanda durante o horário de funcionamento das UBS (distribuição semelhante). Os dias com maior número de atendimentos foram segunda-feira e quarta-feira. As características gerais dos atendimentos estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais dos usuários e dos atendimentos (n=213). Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variável	n	Percentual	X ²	p
Faixa etária (anos)			113,90	<0,001
18 a 29	63	30%		
30 a 39	61	29%		
40 a 49	37	17%		
50 a 59	24	11%		
60 a 69	14	6%		
70 a 79	10	5%		
80 ou mais	4	2%		
Sexo			0,12	0,732
Feminino	109	51%		
Masculino	104	49%		
Turno de Atendimento			76,75	<0,001
Manhã (7h às 13h)	84	39%		
Tarde (13h às 19h)	79	37%		
Noite (19h às 01h)	46	22%		
Madrugada (01h às 7h)	4	2%		
UBS aberta			1,69	0,193
Sim	116	55%		
Não	97	45%		
Dia da Semana			14,32	0,026
Segunda-feira	42	20%		
Terça-feira	27	13%		
Quarta-feira	42	20%		
Quinta-feira	23	10%		
Sexta-feira	21	10%		
Sábado	27	13%		
Domingo	31	14%		

Nota: cédulas em negrito representam diferença significativa.

Fonte: autores (2024).

A Tabela 2 apresenta características específicas sobre o fluxograma, a queixa principal referida pelo usuário, o CID atribuído e a conduta/desfecho do atendimento. Houve diferença significativa na distribuição de todas as análises. A respeito do fluxograma, o mais prevalente foi de mal-estar em adulto (n=143; 67%), seguido de COVID (n=27; 13%). As principais queixas clínicas referidas pelos usuários foram problemas respiratórios e gripais (n=76; 36%), seguidas de administração de medicação (n=29; 14%) e exposição sexual desprotegida (n=18; 8%). Os CIDs predominantes observados nestes atendimentos foram: U07.2 (diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível), Z00.0 (exame médico geral) e Z53.2 (procedimento não realizado devido à decisão do usuário por outras razões e as não especificadas). Sobre a conduta/desfecho dos atendimentos, a maioria dos usuários recebeu alta (n=131; 61%), seguido de realização de medicação (n=42; 20%) e evasão do estabelecimento (n=24; 11%).

Tabela 2. Características específicas dos atendimentos (n = 213). Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variável	n	Percentual	X ²	p
Fluxograma			1396,8	<0,001
Mal-estar em adulto	143	67%		
COVID-19	27	13%		
Feridas	11	5%		
Dor de Garganta	8	4%		

Doença Sexualmente Transmissível	5	2%		
Mordeduras e picadas	4	2%		
Dor abdominal em adultos	3	1%		
Dor Lombar	2	1%		
Alergia	2	1%		
Problemas em extremidades	2	1%		
Outros	6	3%		
Queixa principal			478,2	<0,001
Respiratória e gripais	76	36%		
Administração de medicação	29	14%		
Exposição sexual desprotegida	18	8%		
Problemas em extremidades	17	8%		
Feridas	12	6%		
Dor de garganta	8	4%		
Cefaleia	7	3%		
Problemas em face/ocular	6	3%		
Dor abdominal	5	2%		
Diarreia	5	2%		
Dor lombar	4	2%		
Mordeduras e picadas	4	2%		
Dor de ouvido	3	1%		
Outros	19	9%		
CID (Classificação Internacional de Doença)			509,9	<0,001
U07.2 (diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID 19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível)	27	13%		
Z00.0 (exame médico geral)	15	7%		
Z53.2 (procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas)	15	7%		
J06.9 (infecção aguda das vias aéreas superiores não especificado)	10	5%		
R05 (tosse)	10	5%		
Z20.2 (contato com e exposição à infecção de transmissão predominantemente sexual)	7	3%		
J03.9 (amigdalite aguda não especificada)	5	2%		
J11.8 (influenza [gripe] com outras manifestações devido a vírus não identificado)	5	2%		
Conduta/Desfecho			340,2	<0,001
Alta	131	61%		
Medicação	42	20%		
Evasão	24	11%		
Encaminhamento	11	5%		
Observação	4	2%		
Internação	1	1%		

Nota: cédulas em negrito representam diferença significativa.

Fonte: autores (2024).

Além destas características dos atendimentos, alguns sinais vitais foram aferidos nos usuários, como: pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD); frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR); temperatura corporal e saturação de oxigênio. Para cada variável, conduziu-se uma análise descritiva. Os valores descritivos dos sinais vitais se encontram na Tabela 3. Os dados apontam, na média, normalidade na categorização das medidas para todas as variáveis. Os usuários com valores extremos estão fora dos parâmetros normais para todas as medidas.

Tabela 3. Análise descritiva dos sinais vitais mensurados nos atendimentos. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Sinal vital	Média ± DP	Mediana (IIQ 1 e 3)	Máximo	Mínimo
Pressão arterial sistólica (mmHg)	131 ± 17	-	216	94
Pressão arterial diastólica (mmHg)	82 ± 11	-	114	45
Frequência cardíaca (BPM)	-	83 (76, 95)	131	19
Frequência respiratória (IRPM)	-	20 (19, 20)	22	15
Saturação (% O ₂)	-	98 (97, 98)	100	83
Temperatura corporal (°C)	-	36,3 (36, 36,6)	37,9	33,6

Nota: DP = desvio padrão; IIQ = intervalo interquartil; BPM = batimentos por minuto; IRPM = incursões respiratórias por minutos; O₂ = oxigênio; °C = graus Celsius.

Fonte: autores (2024).

As cinco queixas clínicas mais presentes (Tabela 2), no total de 152 atendimentos, foram comparadas entre os grupos de diferentes idades. O resultado do teste de qui-quadrado não apresentou diferença significativa na frequência de ocorrência das queixas entre as idades ($\chi^2=33,04$; $df=24$; $p=0,103$). A análise descritiva dos achados é apresentada abaixo, na Tabela 4. Os achados apontam mais casos de problemas respiratórios ou gripais nos adultos jovens, assim como exposição sexual desprotegida – que não há nenhum caso após os 50 anos de idade. Um percentual maior de idosos apresentou queixa sobre administração de medicação, no entanto, essas comparações não foram estatisticamente significativas.

Tabela 4. Descrição da queixa principal dos atendimentos entre as diferentes faixas etárias. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Queixa	18 a 29 (n = 50)	30 a 39 (n = 45)	40 a 49 (n = 24)	50 a 59 (n = 15)	60 a 69 (n = 9)	70 a 79 (n = 6)	80 ou + (n = 3)
Respiratórios ou gripais	29 (58%)	23 (51%)	12 (50%)	6 (40%)	3 (33%)	2 (33%)	1 (33%)
Problemas de extremidades	5 (10%)	3 (7%)	3 (12%)	4 (27%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
Feridas	5 (10%)	3 (6%)	2 (9%)	2 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Expos. sexual desprotegida	7 (14%)	7 (16%)	4 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Administração de medicação	4 (8%)	9 (20%)	3 (12%)	3 (20%)	4 (45%)	4 (67%)	2 (67%)

Nota: dado apresentado como frequência de ocorrência e percentual dentro do grupo.

Fonte: autores (2024).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que a faixa etária com maior procura por atendimento na UPA foi de adultos jovens com idade entre 18 e 39 anos. Tal achado vai ao encontro de outras pesquisas que apresentaram o mesmo perfil etário, demonstrando que a busca por atendimento é predominantemente de indivíduos em idade produtiva, e, portanto, podem enfrentar dificuldades em obter assistência nas UBS devido aos turnos de trabalho, contribuindo assim para buscas cada vez mais frequentes aos serviços da UPA. Além disso, é válido considerar que nesta faixa etária a população fica mais susceptível a acidentes de trabalho, no trânsito, doenças agudas e outras causas externas, o que, por consequência, leva a buscar muitas das vezes estes serviços como primeira opção.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Houve discreta predominância da procura do serviço por usuáries do sexo feminino. Ainda que pequena, a maior procura por mulheres vai ao encontro de estudos que apontam maior longevidade desta população e uma busca mais frequente por serviços de saúde. No entanto, os usuários do sexo masculino apresentam tendência a acessar os serviços nos casos de situações agudas, pois muitas das vezes sentem vergonha, impaciência, medo e descuido com a própria saúde, além das questões culturais, socioeconômicas e sociais que influenciam essa busca.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

Com relação ao horário de atendimento, a maior demanda ocorreu no período matutino (das 7h às 13h), de segunda a sexta-feira, com maior procura na segunda e na quarta-feira. Estes achados são particularmente relevantes já que, durante o período matutino e em dias úteis (de segunda a sexta-feira), as UBS se encontram em horário de funcionamento, podendo prestar atendimento aos usuários em situações não urgentes, uma vez que este serviço é preconizado, preferencialmente, como porta de entrada no sistema de saúde.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Estudos nacionais realizados nos municípios de Vitória (ES) e Piracicaba (SP) e internacional realizado nos Países Baixos revelaram que os usuários preferem procurar assistência nos serviços de urgência e emergência ao invés da atenção básica. Relatam que os serviços de urgência e emergência proporcionam de atendimento imediato, sem a necessidade de marcar consulta antecipadamente; dispõem

de atendimento médico a qualquer dia e horário da semana; proporcionam melhor resolatividade dos seus agravos; oferecem atendimento de melhor qualidade; possuem mais tecnologias e recursos, como acesso a exames e medicamentos, além de estarem próximos às suas residências.^(11,18-21)

Além disso, a falta de informações claras e acessíveis sobre qual serviço de saúde procurar diante de uma complicação clínica ou traumática é questão significativa que influencia a decisão dos usuários de buscar atendimento em serviços de urgência e emergência, principalmente aqueles que não têm familiaridade com o funcionamento da rede de atenção à saúde. Muitas vezes, essa falta de orientação leva à procura desnecessária por unidades destinadas a casos mais graves, contribuindo para a superlotação e impactando a eficiência do sistema de saúde.^(8,21-22)

No que tange às principais queixas clínicas apresentadas pelos usuários, predominaram as queixas respiratórias e gripais, administração de medicações e exposição sexualmente desprotegida. A respeito da procura por queixas respiratórias e gripais, o presente estudo se assemelha a outros como uma das principais razões para a busca por atendimento tanto em adultos quanto em crianças. A justificativa para essa predominância foi associada ao clima frio da região, onde o presente estudo foi conduzido. Além da sazonalidade da presença de infecções respiratórias relacionada ao clima frio, é crucial considerar o contexto pandêmico relacionado ao coronavírus SARS-CoV-2. Durante a pandemia, a atenção em torno dos sintomas respiratórios aumentou significativamente. Os sintomas associados à COVID-19, como tosse, febre e dificuldade respiratória, tornaram-se motivos de preocupação para os usuários e profissionais de saúde, levando a busca mais frequente por atendimento. Este estudo foi conduzido durante esse período desafiador e é plausível que as queixas respiratórias tenham adquirido relevância ainda maior.^(10,23-24)

A busca pela UPA para a administração de medicação via intravenosa ou intramuscular, com prescrições médicas provenientes de outros serviços, sejam estes do SUS, planos de saúde ou consultórios particulares, mostrou-se prática comum entre os usuários do referido estudo. Esta dinâmica de procura por atendimento para procedimentos que não são emergenciais ou urgentes pode ter implicações na eficiência e no uso apropriado dos recursos de saúde. Aplicação de medicações não foi citada em nenhum estudo analisado, evidenciando que esta prática, embora compreensível em certos contextos (casos em que as UBS estão fechadas), não condiz com situação de urgência e emergência, podendo o usuário procurar uma UBS para a realização deste procedimento.

A procura significativa por atendimentos relacionados a casos de exposição sexualmente desprotegida, exibida neste estudo, especificamente para a realização da Profilaxia Pós Exposição (PEP) e testes rápidos (HIV, sífilis e hepatite B), se constitui como característica particular da organização local do município. A UPA selecionada para condução do presente estudo é uma das referências para a assistência à população que demanda a avaliação e dispensação de medicamentos com o intuito da prevenção de ISTs fora dos horários de funcionamento convencional dos demais serviços que atuam na mesma área.⁽²⁵⁾

Quanto ao desfecho dos usuários atendidos na UPA, a maioria recebeu alta após atendimento, alinhando-se aos achados semelhantes em outros estudos, evidenciando que grande parte das queixas apresentadas pelos usuários são de baixa complexidade ou não urgentes. Esse indicativo reforça a ideia de que muitos casos poderiam ser gerenciados de maneira eficaz em uma UBS, evitando a sobrecarga em serviços destinados às situações de urgência e emergência.⁽²⁶⁻²⁷⁾

Considerando a avaliação inicial dos usuários, os sinais vitais são essenciais para verificar alterações no estado clínico e auxiliam os profissionais na classificação de risco, juntamente com a queixa referida, a priorizar corretamente os usuários, devendo ser realizados de maneira fidedigna e eficiente. Este e outros estudos revelaram que, entre os sinais vitais aferidos (pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e respiratória, temperatura corporal e saturação de oxigênio), a maioria destes apresentou médias dentro da normalidade em todas as categorias. Essa correspondência entre a normalidade dos sinais vitais e a classificação dos usuários como não urgentes é coerente, pois usuários com sinais vitais dentro da faixa normal geralmente indicam condições clínicas menos graves, não necessitando de atendimento imediato podendo o usuário ser direcionado a procurar atendimento em uma UBS.^(13,28)

Das limitações, o estudo foi realizado em uma única UPA da cidade de Curitiba, fazendo com que os padrões de busca por atendimento e as características da amostra sejam específicos desta localidade, limitando a aplicabilidade dos resultados a outras regiões. Outra questão diz respeito ao recorte temporal utilizado na amostra, não retratando toda a diversidade de casos ao longo do tempo e em diferentes contextos. Há de se considerar a presença de um período pandêmico, o que exigiu reformulações na

organização do sistema de saúde do município, interferindo na percepção e nos padrões de busca dos usuários ao procurar por atendimento.

Estudos que se utilizem de recortes temporais mais abrangentes e que sejam realizados em diversas Unidades de Pronto Atendimento podem gerar maior número de dados e possibilitar grau de compreensão mais elevado sobre o perfil dos atendimentos não urgentes. A identificação e o mapeamento dos atendimentos podem fornecer aos gestores do SUS subsídios na elaboração de estratégias de educação em saúde, melhoria dos processos da Rede de Urgência e Emergência e do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e UBSs, como porta de entrada ao sistema público de saúde.

CONCLUSÃO

A partir da identificação do perfil dos atendimentos dos usuários classificados como não urgentes, atendidos em Unidade de Pronto Atendimento, os resultados demonstraram o predomínio de adultos com até 39 anos, do sexo feminino, com maior procura no período diurno e com queixas clínicas e demandas apresentadas compatíveis com a classificação de “não urgente”, demonstrando que suas necessidades teriam a Atenção Básica como ponto de atendimento mais indicado.

Diante destas particularidades de cada serviço de saúde, é importante que os profissionais sejam capazes de comunicar claramente aos usuários as especificidades de cada serviço e os motivos pelos quais determinados casos são encaminhados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essa comunicação efetiva contribui para que os usuários compreendam a proposta de atendimento em cada unidade, favorecendo a escolha consciente e adequada do serviço conforme a natureza de sua demanda.

Nesse contexto, faz-se necessário investir em ações específicas de educação em saúde, como campanhas e medidas de fortalecimento da Atenção Básica, para que os usuários estejam conscientizados sobre a especificidade de cada serviço.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Magalhães DF, Nunes MGJ. Coleta de dados: Magalhães DF. Análise e interpretação dos dados: Magalhães DF, Nunes MGJ. Redação do artigo ou revisão crítica: Magalhães DF, Nunes MGJ, Silva JC. Aprovação final da versão a ser publicada: Magalhães DF, Nunes MGJ, Silva JC.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Lauch BGA. Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-socorro do interior paulista triados pela classificação de risco [dissertação]. [S. l.]: Universidade Estadual Paulista; 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/e38dfb30-3aac-497d-a182-7584d5f4fbd0>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Gonçalves APFM, Fettermann FA, Rosa AB, Damaceno AN, Bordignon JS, Donaduzzi DSS. Motivations of user access in situations characterized as non-urgent ready. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2021; 13:886–92. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9606>
5. Matos YV, Brena D. Perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, Jardim Veneza, Carcavel - PR. *FAG J de saúde*; 2020;2(1):56–66. DOI: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.164>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

7. Cesar MP, Ilha S, Pereira VC, Rosa PH, Buriol D, Rangel RF. Perception of users of a ready 24 hours service about risk classification / Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2021; 13:330-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>.
8. Vigilato GA, Silva CM, Ferreira LVC, Mendes PA, Mufato LF, Vendramini ACMG. Uso inadequado do serviço de pronto atendimento de um hospital público por adultos. *Rev Enferm Atenção à Saúde* [Internet]. 2022;10(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i3.4442>.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2012*.
10. Baratieri T, Lentsck MH, Corona LP, Almeida KP, Kluthcovsky ACGC, Natal S. Fatores associados ao uso inadequado do pronto atendimento. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2021;26(6):2281-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.18532019>.
11. Azevedo AC, Silva ALC, Aragão SM, Graichen HR, Costa PC, Santos RW, Fidalski SZK. Conhecimento da população relacionado à assistência das unidades de pronto atendimento de Curitiba-Pr. *Arq ciências saúde UNIPAR*, [internet]. 2021; 25(1):3-10. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/biblio-1151395>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Frango BCTM, Batista REA, Campanharo CRV, Okuno MFP, Lopes MCBT. Association of the frequent users profile with the characteristics of using an emergency service. *REME* [Internet]. 2018; 22. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180001>.
14. Souza NC. Perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma unidade de pronto atendimento no interior paulista. [monografia]. Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis (FEMA). [internet]. 2020. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1611370295.pdf>.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
16. Santos PB, Santos TPV, Santos PRA. Perfil dos usuários e motivos de atendimentos em serviços não hospitalares fixos de urgência e emergência. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2021;13(2):e6105. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e6105.2021>.
17. Silva ADC, Chianca TCM, Pádua DR, Guimarães GL, Manzo BF, Correa AR. Characteristics of care of a public emergency room according to the Manchester triage system. *REME* [Internet]. 2019; 23. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190026>.
18. Amarante LCS, Gonçalo CS, Guerra LM, Faria JVB, Mialhe FL. Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2020; 22(4):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v22n4.54092>.
19. Rodrigues MM, Sarti TD, Almeida APSC, Fontenelle LF, Lazarini WS. Uso de serviço de emergência por motivos não urgentes: estudo qualitativo com usuários de um pronto-atendimento, Vitória-ES, 2019 [Internet]. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.6567>.

20. Minderhout RN, Venema P, Vos HMM, Kant J, Bruijnzeels MA, Numans M. Understanding people who self-referred in an emergency department with primary care problems during office hours: a qualitative interview study at a Daytime General Practice Cooperative in two hospitals in The Hague, The Netherlands. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(6):e029853. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029853>.
21. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EP. Reasons patients choose the emergency department over primary care: A qualitative metasynthesis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2019;34(11):2610–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05128-x>.
22. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLM. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016;21(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44664>.
23. Silva BR, Roballo EC, Gabatz RIB, Couto GR, Cruz VD, Moraes CL. Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil / Profile of children treated at an urgent and emergency service in southern Brazil. *J Nurs Health* [Internet]. 2021;11(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v11i1.18981>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Histórico da Pandemia de COVID-19. OPAS. [internet] 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
25. Prefeitura Municipal de Curitiba. Central Saúde Já passa a oferecer teleconsulta para pacientes do e-COA. [internet] 2022. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/central-saude-ja-passa-a-oferecer-teleconsulta-para-pacientes-do-e-coa/65589>
26. Basseto F, Botelho KCP. Identificação do Perfil dos Usuários Atendidos por uma Unidade não Hospitalar de Urgência. [monografia]. Centro Universitário de Maringá. [internet] 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/5192>.
27. Hehn R, Bueno ALM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020;10:e58. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769237989>.
28. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021;74(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>.

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2024/22/02
Revisão: 2024/13/06
Aceite: 2024/15/07
Publicação: 2024/09/03

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Guilherme Guarino de Moura Sá

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.