

Perfil epidemiológico dos usuários de um pronto-socorro público classificados como não urgentes antes e depois da pandemia de Covid-19

Epidemiological profile of users of a public emergency room classified as non-urgent before and after the Covid-19 pandemic

Perfil epidemiológico de los usuarios de un servicio público clasificado como no urgente antes y después de la pandemia de Covid-19

Recebido: 30/06/2022 | Revisado: 17/07/2022 | Aceito: 22/07/2022 | Publicado: 28/07/2022

Candida do Socorro Conte de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5481-8487>
Hospital de Pronto-socorro Municipal Mário Pinotti, Brasil
E-mail: candidaconte2@gmail.com

Sílvia Ferreira Nunes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9985-7148>
Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: silvnunes@yahoo.com.br

Silvestre Savino Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2350-1022>
Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: savino@ufpa.br

Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-276X>
Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: xaenemaria@gmail.com

Oswaldo Gomes de Souza Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1831-9039>
Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: oswaldjr@ufpa.br

Elson Ferreira Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4115-9029>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: elsonfcosta@gmail.com

Jucirema Rodrigues Farias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2350-1022>
Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: jucyfarias32@gmail.com

Resumo

O objetivo geral do estudo foi verificar o perfil epidemiológico dos usuários de um pronto-socorro público classificados como não urgentes, antes e depois da pandemia de Covid-19 e o objetivo específico foi analisar a situação considerando o interesse acadêmico e profissional pelo assunto, visando contribuir com a qualidade do cuidado prestado no Sistema Único de Saúde brasileiro. A metodologia incluiu revisão integrativa, aprovação em comitê de ética e ficha de dados (gênero, idade, dia, hora, município, bairro e queixa) do arquivo do Hospital, incluídos todos os participantes com boletim de entrada completo, finalizando com análise estatística e relatório. O estudo demonstrou que, em 2019, o Serviço atendeu tanto homens quanto mulheres, sendo crianças e adultos, em dia útil, horário da manhã e tarde, residentes na capital, vindos de bairros próximos e dos bairros mais populosos e com queixa de traumatologia, clínica médica e atendimentos especializados. Em 2020/2021, o atendimento foi de homens e mulheres, sendo adultos, em dia útil, horário da manhã e tarde, residentes na capital, bairros mais próximos e com queixas de traumas físicos e dor torácica. Com a pandemia de Covid-19, embora o número de usuários classificados como não urgentes tenha sido três vezes menor que em 2019, eles recorreram ao pronto-socorro comparecendo homens e mulheres, adultos, no horário da manhã e tarde, em dia útil, residentes na capital, em bairros próximos e com queixas de traumas físicos e dor torácica.

Palavras-chave: Política pública; Assistência ambulatorial; Demandas; Classificação; Covid-19.

Abstract

The general objective of the study was to verify the epidemiological profile of users of a public emergency room classified as non-urgent, before and after the Covid-19 pandemic and the specific objective was to analyze the situation considering the academic and professional interest in the subject, aiming to contribute to the quality of care provided in the Brazilian Unified Health System. The methodology included integrative review, approval in ethics committee and data sheet (gender, age, day, time, municipality, neighborhood and complaint) of the hospital archive, including all participants with full entry bulletin, ending with statistical analysis and report. The study showed that, in 2019, the Service assisted both men and women, being children and adults, on a working day, morning and afternoon, residents in the capital, coming from nearby neighborhoods and the most populous neighborhoods and complaining of traumatology, medical clinic and specialized care. In 2020/2021, the attendance was of men and women, being adults, on a working day, morning and afternoon hours, residents in the capital, nearby neighborhoods and with complaints of physical trauma and chest pain. With the Covid-19 pandemic, although the number of users classified as non-urgent was three times lower than in 2019, they resorted to the emergency room, appearing men and women, adults, during morning and afternoon, on a working day, living in the capital, in nearby neighborhoods and with complaints of physical trauma and chest pain.

Keywords: Public policy; Outpatient care; Demands; Classification; Covid-19.

Resumen

El objetivo general del estudio fue verificar el perfil epidemiológico de los usuarios de una sala de emergencia pública clasificada como no urgente antes y después de la pandemia de Covid-19 y el objetivo específico fue analizar la situación considerando el interés en el tema, académica y profesionalmente, con el objetivo de contribuir a la calidad de la atención prestada en el Sistema Único de Salud brasileño. La metodología incluyó la revisión integradora, la aprobación del comité de ética y la creación de la hoja de datos (género, edad, día, hora, municipio, vecindario y queja) de la base de datos del Servicio, incluyendo a todos los participantes con el boletín de entrada completo, finalizando con el análisis estadístico y el informe. El estudio mostró que en 2019 el Servicio atendió tanto a hombres como a mujeres, siendo niños y adultos, en jornada laboral, horas de mañana y tarde y residentes en la capital, provenientes de barrios cercanos o de los barrios más poblados, quejándose de traumatología, clínica médica y atención especializada. En 2020/2021, la asistencia fue de hombres y mujeres, siendo adultos, en jornada laboral, horario de mañana y tarde, residentes en la capital y barrios cercanos, con denuncias de traumatismo físico y dolor torácico. Con la pandemia del Covid-19, aunque el número de usuarios clasificados como no urgentes fue tres veces menor que en 2019, recurrieron a urgencias, apareciendo hombres y mujeres, adultos, durante la mañana y la tarde, en jornada laboral, viviendo en la capital y barrios cercanos y con denuncias de trauma físico y dolor torácico.

Palabras clave: Política pública; Asistencia ambulatoria; Demandas; Clasificación; Covid-19.

1. Introdução

O Brasil preconiza a saúde “como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 1988, p. 127). Instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 e complementares, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores políticas públicas de saúde, de inclusão de pessoas e de distribuição de renda do mundo e o artigo sétimo do capítulo II, inciso II da Lei 8.080 destaca que deve ser obedecido o princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Os atendimentos de urgência e emergência estão presentes em todos os níveis de cuidado ajudando a organizar a assistência através do atendimento médico de urgência pré-hospitalar (SAMU), centrais de regulação, portas de hospitais gerais I e II (prontos-socorros), unidades de pronto atendimento (UPAS) I, II e III e leitos de internação em hospitais não abertos às urgências. Para o Ministério da Saúde do Brasil (2014, portaria 354 de 10 de março), “urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência “é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em sofrimento intenso ou risco eminente de morte exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

O papel dos prontos-socorros compreende a retaguarda clínica, leitos de cuidado prolongado, leitos de cuidado intensivo, diagnóstico e laboratório. Suas linhas de cuidado prioritário são o politrauma, acidente vascular encefálico,

urgências cardiopulmonares e as urgências de clínica médica, embora muitas vezes procurado por questões não urgentes como casos da atenção primária à saúde e de saúde especializada, assim como urgências sociais, comprometendo a qualidade da assistência, da própria saúde do usuário e do Serviço, dificultando o atendimento aos princípios do SUS como integralidade, equidade e universalidade. A classificação de risco (Protocolo de Manchester) implementada pela política de humanização do Ministério da Saúde no ano de 2003, para reorganizar a porta de entrada da urgência e emergência e produzir em rede de atenção à saúde (RAS), passou a classificar o usuário do serviço com a cor vermelha que é a emergência e não pode esperar, com a cor laranja que significa muito urgente podendo esperar até dez minutos, a cor amarela ou urgente que espera até duas horas e a cor azul que significa não urgente, ou de menor complexidade que pode esperar até quatro horas. Para todos os casos há a reavaliação a cada hora podendo mudar a classificação, se for o caso.

A pesquisa relacionada com o presente artigo teve por objetivo geral verificar o perfil epidemiológico dos usuários de um hospital de pronto-socorro classificados com a cor azul ou não urgentes, sem gravidade e sem risco de agravamento, em período antes e depois do início da pandemia Covid-19.

Os prontos-socorros, embora planejados e financiados para priorizar os casos graves de média e alta complexidade com linha de cuidado (tratamento, seguimento e reabilitação) em traumatologia, cardiovascular, cerebrovascular e urgências da clínica médica têm funcionado como prontos-socorros de atendimento de casos graves, de casos da atenção primária e especializada e casos de urgência social impactando no atendimento de pacientes críticos.

Para Barbosa, Barbosa e Najberg (2019), há na morbimortalidade aumento por doenças crônico-degenerativas, por causas externas, acidentes e violências levando o sistema de saúde para as urgências tornando necessário estabelecer protocolos e fluxos dos usuários do serviço nos diferentes níveis de atenção de suas unidades comportando o que se chama de regulação do sistema de governança.

Evidenciada, portanto, a semelhança entre a realidade apresentada e os estudos atuais de modo que podemos inferir que embora a coordenação do cuidado deva ser a partir da atenção primária à saúde, a urgência e emergência tem sido demandada a ajudar na atividade de regulação dos usuários, uma vez que também tem sido porta de entrada dos usuários com a classificação de risco de cor azul que significa não urgente, sem gravidade e sem risco de agravamento.

Santos (2018), refere que tendo em vista a ainda não alcançada coordenação do cuidado pela atenção primária à saúde, as pessoas circulariam por dois subsistemas, mas sem contatos formais entre si, sobrando para elas, cada vez mais a gestão solitária de seu próprio cuidado.

A problemática da regulação assistencial ou de acesso nos prontos-socorros e em outros serviços envolve fatores como relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde - RAS. Embora algumas políticas do governo tenham tentado ajudar, como a política de humanização, ainda nos deparamos com conflitos pelas filas, superlotação e insatisfação que junto com questões organizacionais como falta de recursos materiais e humanos tem tornado a situação insustentável.

Para Batista et al (2019), o processo de implantação e implementação do complexo regulador e centrais de regulação levaram à reflexão das potencialidades e desafios do papel da regulação como instrumento de integração entre os níveis de atenção à saúde.

A regulação, apesar de se basear na fiscalização e resolução de problemas como contratação de leitos e serviços, avaliação e auditoria, tem encontrado barreiras para um desempenho a contento e para a intermediação do SUS com usuários em instituições públicas e instituições privadas (suplementar) embora os usuários tenham direito ao acesso organizado, gratuito e adequado.

“Os fatores limitantes da regulação demonstram a necessidade de fomentar ações que ofereçam a todos os usuários do SUS o acesso pleno nos serviços de saúde” (Bastos et al, 2020, p. 25).

A integração entre os níveis assistenciais é necessária e fator de concordância com os autores, pois a integração entre a atenção primária à saúde - APS e o pronto-socorro é desarticulada com dificuldade de clareza das atribuições de cada componente da rede de urgência e emergência, dos gestores do sistema e de profissionais. Com estrutura, financiamento e aplicação tanto pelo governo federal como estadual e municipal há também a sobreposição de funções entre unidade de saúde e pronto-socorro, embora com legislação avançada no SUS e princípios doutrinários (concepção) e operacionais definidos.

Para Severo (2017), tem que melhorar a capacidade de organização das atividades e setores da regulação dos municípios.

A saúde no Brasil é concebida como direito de todos e dever do Estado e o SUS é uma política pública em construção permanente. Com base no desafio de melhorar a regulação dos usuários de serviço de urgência e emergência classificados como não urgentes a atual pesquisa deve subsidiar instituições de urgência e emergência e o nosso sistema de saúde.

“A rede de urgência e emergência é complexa, dinâmica e envolve diversos atores” (Torres et al., 2015, p. 364).

Há a necessidade de considerar os gestores, profissionais, usuários dos serviços e familiares de forma a dialogar e escutá-los considerando relações horizontais de poder onde cada setor dos serviços e sociedade em geral possa contribuir para a intersectorialidade, ou seja, que cada ideia possa contribuir para o todo da rede de serviços e que eles funcionem harmonicamente, através do planejamento estratégico do SUS sem esquecer da necessidade de políticas econômicas e sociais que são determinantes no processo saúde-doença.

Para Oliveira et al (2020), há necessidade de maior investimento nas questões de urgência e emergência para profissionais da atenção primária.

É necessário que os pontos de saúde possam estabilizar os usuários e encaminhá-los para onde suas necessidades forem melhor atendidas através de um sistema de referência e contrarreferência que funcione e parta da escuta e diálogo entre todos não considerando apenas os sintomas, mas a história de vida dos usuários por ser a saúde uma construção história e assim como considerar as contribuições de acompanhantes dos usuários.

Para Santos e Pinto (2017), a intervenção estatal com objetivo de monitorar e corrigir rumos na condução de políticas públicas é a essência da regulação que garante a adequada prestação de serviços, produção de ações direta e finais de atenção à saúde pelas organizações públicas e privadas.

O SUS como uma das maiores políticas públicas de saúde, inclusão e distribuição de renda do mundo em consonância com a Constituição Federal do Brasil, de 1988, deve dispensar um cuidado com respeito à dignidade humana, cidadania, promoção do bem-estar sem distinção de raça, sexo, idade e cor da pele e com a qualidade de serviço que todos almejam sem distinção de classe social.

“Ter o SUS como política pública é reconhecer problemas e limitações e sugerir mudanças que fortaleçam o seu caráter público. O acesso, a humanização e a qualidade interessam à população. É necessário que haja a ampliação do debate sobre as possibilidades de tornar concreto o direito universal de saúde” (Campos, 2018, p.1707).

Através da pesquisa, análise de dados, relatórios e propostas pretende-se transformar dados em informações que possam subsidiar o tema e a gestão para as mudanças necessárias. É urgente verificar como os usuários não urgentes podem ser incluídos com responsabilidade nos atendimentos dos prontos-socorros e se há uma limitação nos instrumentos de organização das demandas dos usuários por serviço de acordo com sua necessidade real impactando de forma negativa nas práticas de urgência e emergência e de atenção primária e especializada em saúde.

Paula et al (2018), referem que é necessário que cada vez mais diminuam os desperdícios e aumente a efetividade e haja resposta para as necessidades da população e gestão aumentando o desempenho do sistema e mantendo a população mais vulnerável em prioridade.

Este trabalho torna-se importante por tratar de assunto ainda pouco estudado que é o processo de atenção às demandas dos usuários não urgentes e interação de maneira efetiva com a RAS através da referência e contrarreferência e importante na ajuda à população, trabalhadores e sistema em si para que não seja discriminado pela imprensa gerando desconfiança e retrocedendo direitos alcançados.

Para Batista et al (2019), os serviços de saúde com maior equidade podem ser derivados de estratégias de integração de cuidados e que o incremento de acesso, continuidade e coordenação de cuidado também podem fomentar o processo.

A população brasileira através das instâncias de participação popular do SUS, baseada na ciência pode com suas reivindicações melhorar o sistema requerendo dos governantes os avanços necessários. Políticas públicas eficientes que priorizem a melhora na prestação dos serviços públicos, reduzam custos tendo o usuário com centro das decisões parecem o caminho a seguir.

O SUS é considerado um processo inacabado e com desvios que precisa ser consolidado em suas melhores conquistas e permanentemente se reinventar para dar conta de sua missão (Santos, 2019).

Não pode haver isolamento e cada um tentar resolver suas dificuldades, embora devamos destacar a linha de cuidado de cada instituição. Apesar da legislação robusta não podemos deixar que o SUS conceba a saúde como um bem de consumo. Há de se identificar as dificuldades, treinar os atores envolvidos, discutir o acesso, o modelo, a contratualização, a regionalização e o caráter público e universal do SUS.

Para Souza (2018), é necessário o debate para a construção de um projeto que unifique as questões de melhoria do SUS.

Há a necessidade de maior investimento nas questões da urgência e emergência em todos os pontos de saúde principalmente na APS como coordenadora do processo assistencial. Familiares e usuários precisam de atenção acolhedora, classificação de risco, mas resolutividade no atendimento dos profissionais e estabelecimentos de saúde.

Na contratualização hospitalar percebe-se a inerente relação entre história regulatória e a relevância de avaliação exigindo a capacidade governamental para monitorar, controlar e regular institucionalizando avaliação em saúde (Santos & Matos, 2017).

Não podemos abandonar os usuários na gestão solitária de sua saúde. Nas situações de urgência e emergência cada serviço deve saber cuidar da pessoa e encaminhá-la para outro serviço através da regulação levando em consideração um trabalho acolhedor humanizado e contínuo.

“A transição demográfica e epidemiológica representa desafio ao processo de formulação, decisão e implementação de políticas públicas e pressiona o setor de urgência e emergência que opera com densidade tecnológica e custos elevados para o sistema precisando de maior racionalidade no uso de recursos do setor” (Barbosa et al., 2018).

Políticas públicas eficientes que priorizem a melhoria da prestação dos serviços públicos e reduzam custos são necessárias sendo o usuário-cidadão o centro das decisões dos governantes. A regulação precisa avançar no papel de integração para que os usuários sejam atendidos em serviços compatíveis com as suas necessidades para evitar a cronificação de suas doenças e morte prematura seja a demanda pela urgência e emergência espontânea ou pactuada.

Para Romano, Skatena e Kebrig (2015), apesar da legislação do SUS definir elementos essenciais para o alcance de seus princípios tem permitido espaços para o setor privado se inserir e ser beneficiado pelo Estado.

A garantia do direito à saúde implica em assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços sem esquecer da formulação das políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecer e mortes prematuras.

Por fim “diante desse cenário, assume centralidade o trinômio educação-saúde-ciência, haja vista o seu potencial transformador nas relações sociais, essenciais para uma mudança efetiva de hábitos e atitudes frente às diretrizes sanitárias direcionadas para a proteção e promoção de saúde da população em tempos pandemia (Barros, 2021, p.11-18).

Vida aos serviços públicos de saúde, às academias, aos trabalhadores e usuários dos serviços. Integralidade de atendimento nos vários níveis de atenção em saúde. Viva o SUS brasileiro!

2. Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital e Pronto-socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM-MP), através da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Centro de Estudos, Serviço de Registro Médico e Arquivo físico e digital (Rede Bem-Estar Belém-RBE) do Hospital. O HPSM-MP é um hospital de médio porte com capacidade instalada de 200 leitos de enfermaria e 18 leitos de terapia intensiva de adultos e crianças. A população-alvo do estudo foi composta de participantes que demandaram o serviço de urgência e emergência do Hospital sem distinção de idade e sexo e classificados com a cor azul, não urgentes, sem gravidade e sem risco de agravamento. Pelo critério de inclusão e exclusão foram incluídos todos aqueles usuários com boletim de entrada (BE) que contasse com todos os dados a serem coletados e excluídos os boletins incompletos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da FSCM-PA e de acordo com os preceitos da Resolução 466/2012 e Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares que o normatizam a Comissão Nacional de Pesquisa para emissão de parecer consubstanciado com informações sobre a dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Compromisso de utilização de dados (TCUD).

De acordo com suporte metodológico de Köche (2011) e Marconi e Lakatos (2012), tratou-se de uma pesquisa aplicada, exploratória, documental e quantitativa. A população-alvo foi composta de todos os participantes que procuraram o Serviço de Urgência e Emergência classificados como não urgentes, atendidos no período de janeiro a dezembro de 2019, janeiro a dezembro de 2020 e janeiro a novembro de 2021. Sendo 11.300 em 2019 (2.306 para o estudo) e em 2020 e 2021 foram 4.768 (sendo estudados 762). Foram analisados 3.068 boletins de entrada (BE).

A partir do assunto de interesse definiu-se a pergunta norteadora: qual o perfil epidemiológico dos usuários do serviço de urgência e emergência classificados como não urgentes em ano anterior e ano posterior à Covid-19 em um hospital de pronto-socorro do município de Belém-PA? Utilizando os descritores “política pública”, “assistência ambulatorial”, “classificação”, “demandas”, “COVID”, “public policy”, “outpatient care”, “classification” e “demands” foram pesquisados artigos em português, inglês e espanhol via PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs. Após, um trabalho de revisão integrativa sobre o tema para apropriação do assunto, foi criada uma ficha de levantamento de dados com as seguintes variáveis: gênero, idade, dia de atendimento, hora, bairro, cidade e queixa/situação apresentada. Após a coleta de dados e relatório final do assunto para conhecimento e avaliação de docentes do curso de mestrado e gerência especializada no assunto do serviço em questão foi realizado um diagnóstico e avaliação dos dados apresentados que podem ser observados no item posterior deste artigo.

Os riscos para os participantes da pesquisa foram mínimos por não levarem em consideração a identificação por nome e endereço e não haver a possibilidade de danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais e de exposição de dados. Os riscos para os pesquisadores foram poucos pois o levantamento foi supervisionado por profissionais da área dentro do Hospital. Os benefícios aos participantes, hospital sociedade e comunidade científica é a geração de conhecimento por entender e atuar para prevenir e diminuir um problema que afeta a saúde dos participantes da pesquisa e sociedade em geral.

3. Resultados e Discussão

Os resultados obtidos após o levantamento de dados no estudo do perfil de usuários de serviço de urgência e emergência classificados como não urgentes em períodos de pré e pós pandemia de Covid-19 e analisados por estatística descritiva podem ser observados no Quadro, abaixo:

Quadro 1 - Dados levantados: 2019 (2.306 participantes) e 2020/2021 (762 participantes).

Variáveis	Dados 2019	Dados 2020/2021
1-Sexo		
Feminino	1.121 - 48,61%	357 - 48,85%
Masculino	1.185 - 51,38%	405 - 51,15%
2-Idade		
00 -10	339 - 14,70%	38 - 4,98%
11- 20	188 - 8,15%	63 - 8,26%
21- 30	362 - 15,69%	106 - 13,91%
31- 40	398- 17,25%	122 - 16,01%
41- 50	374 - 16,21%	170 - 22,30%
51- 60	280 - 12,14%	131 - 17,19%
61-70	207- 8,97%	85 - 11,15%
71-80	101 - 4,37%	31 - 4,06%
81- 90	48 - 2,08%	14 - 1,83%
91- 100	6 - 0,26%	2 - 0,26%
101-110	3 - 0,13%	0 - 0,00%
3-Dia da semana		
Segunda-feira	580 - 25,15%	189 - 24,80%
Terça-feira	431- 18,69%	85 - 11,15%
Quarta-feira	271 - 13,31%	90 - 11,81%
Quinta-feira	190 - 9,33%	248 - 32,54%
Sexta-feira	162 - 7,95%	70 - 9,18%
Sábado	380 - 18,66%	50 - 6,56%
Domingo	292 - 14,34%	30 - 3,93%
4-Horário		
7h1min - 13 h	851 - 41,79%	384 - 50,39%
13h1min - 19 h	752 - 36,93%	262 - 34,38%
19h1min - 24 h	548 - 26,91%	105 - 13,77%
24h1min -7 h	155 - 7,61%	11 - 1,44%
5-Município		
Belém	1930 - 83,69%	662 - 86,87%
Ananindeua	114 - 4,94%	63 - 8,26%
Marituba	42 - 1,82%	7 - 0,91%
Benevides	28 - 1,21%	2 - 0,26%
Barcarena	20 - 0,86%	2 - 0,26%
Acará	19 - 0,82%	1 - 0,13%
Abaetetuba	14 - 0,60%	1 - 0,13%
Santo Antônio do Tauá	13 - 0,56%	1 - 0,13%
Santa Bárbara do Pará	10 - 0,43%	3 - 0,39%
Bujaru	7 - 0,30%	3 - 0,39%
Ponta de Pedras	5 - 0,21%	2 - 0,26%
Curralinho	5 - 0,21%	0 - 0,00%
Curuçá	5 - 0,21%	0 - 0,00%
Santa Izabel do Pará	4 -0,17%	1 - 0,13%

Irituia	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Mãe do Rio	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Salvaterra	4 - 0,17%	0 - 0,00%
Castanhal	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Cachoeira do Arari	3 - 0,13%	2 - 0,26%
Moju	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Igarapé-Miri	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Salinópolis	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Garrafão do Norte	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Aurora do Pará	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Muaná	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Limoeiro do Ajuru	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Ourém	3 - 0,13%	0 - 0,00%
São Domingos do Capim	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Paragominas	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Bragança	2 - 0,08%	2 - 0,26%
Cametá	2 - 0,08%	1 - 0,13%
Primavera	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Colares	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Soure	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Igarapé-Açu	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Oeiras do Pará	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Maracanã	2 - 0,08%	0 - 0,00%
São Miguel do Guamá	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Breves	2 - 0,08%	0 - 0,00%
São Caetano de Odivelas	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São Sebastião da Boa Vista	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São João de Pirabas	1 - 0,04%	0 - 0,00%
São João da Ponta	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Jacundá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Capitão Poço	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Ipixuna do Pará	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Nova Esperança do Piriá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Altamira	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Baião	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Augusto Correa	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Santa Maria do Pará	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Marabá	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Tome-Açu	1 - 0,04%	0 - 0,00%
Capanema	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Mocajuba	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Ulianópolis	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Vigia de Nazaré	1 - 0,04%	1 - 0,13%
Tailândia	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Gurupá	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Santa Luzia do Pará	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Novo Repartimento	0 - 0,00%	1 - 0,13%

Concórdia do Pará	0 - 0,00%	1 - 0,13%
*Manaus	1 - 0,13%	0 - 0,00%
6-Bairro/Ilha (Belém do Pará)		
Pedreira	202 - 10,46%	116 - 15,22%
Jurunas	184 - 9,53%	35 - 4,59%
Guamá	143 - 7,40%	28 - 3,67%
Telégrafo	134 - 6,94%	114 - 14,96%
Cremação	104 - 5,38%	21 - 2,75%
Umarizal	97 - 5,02%	33 - 4,33%
Sacramenta	85 - 4,40%	40 - 5,24%
Montese	85 - 4,40%	17 - 2,23%
Marco	73 - 3,78%	23 - 3,01%
Condor	72 - 3,73%	18 - 2,36%
Tapanã	64 - 3,31%	35 - 4,59%
Fátima	57 - 2,95%	9 - 1,18%
Marambaia	52 - 2,69%	21 - 2,75%
Val-de-Cans	47 - 2,43%	10 - 1,31%
Barreiro	46 - 2,38%	20 - 2,62%
Pratinha	42 - 2,17%	13 - 1,70%
Coqueiro	41 - 2,12%	19 - 2,49%
Canudos	40 - 2,02%	10 - 1,31%
Cidade Velha	28 - 1,45%	9 - 1,18%
Curió-Utinga	22 - 1,13%	14 - 1,83%
São Bras	22 - 1,13%	4 - 0,52%
Cabanagem	21 - 1,08%	12 - 1,57%
Parque Verde	21 - 1,08%	16 - 2,09%
Bengui	20 - 1,03%	11 - 1,44%
Tenoné	19 - 0,98%	15 - 1,96%
Nazaré	16 - 0,82%	3 - 0,39%
Mangueirão	16 - 0,82%	5 - 0,65%
Castanheira	16 - 0,82%	10 - 1,31%
Campina	12 - 0,62%	7 - 0,91%
Souza	11 - 0,56%	3 - 0,39%
Águas Negras	11 - 0,56%	2 - 0,26%
Parque Guajará	10 - 0,51%	5 - 0,65%
Batista Campos	9 - 0,46%	3 - 0,39%
Agulha	7 - 0,36%	7 - 0,91%
Cruzeiro	7 - 0,36%	5 - 0,65%
Maracacuera	7 - 0,36%	2 - 0,26%
Paracuri	7 - 0,36%	7 - 0,91%
Ponta Grossa	7 - 0,36%	4 - 0,52%
Reduto	7 - 0,36%	2 - 0,26%
Maracangalha	7 - 0,36%	11 - 1,44%
Águas Lindas	6 - 0,31%	2 - 0,26%

Campina de Icoaraci	6 - 0,31%	6 - 0,78%
Una	6 - 0,31%	1 - 0,13%
Cotijuba (ilha)	4 - 0,20%	0 - 0,00%
Itaitéua	4 - 0,20%	2 - 0,26%
Brasília	4 - 0,20%	2 - 0,26%
Guanabara	3 - 0,15%	1 - 0,13%
Baia do Sol	2 - 0,10%	1 - 0,13%
Carananduba	2 - 0,10%	1 - 0,13%
Vila	2 - 0,10%	0 - 0,00%
Água Boa	2 - 0,10%	2 - 0,26%
São João do Outeiro	2 - 0,10%	2 - 0,26%
Aeroporto	1 - 0,05%	2 - 0,26%
Ariramba	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Bonfim	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Caruara	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Chapéu Virado	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Farol	1 - 0,05 %	0 - 0,00%
Mangueiras	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Maracajá	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Marahu	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Murubira	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Natal do Murubira	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Paraíso	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Porto Arthur	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Praia Grande	1 - 0,05 %	0 - 0,00%
São Francisco	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Sucurijuquara	1 - 0,05%	0 - 0,00%
Aurá	0 - 0,00%	1 - 0,13%

7-Queixa/Situação

Feridas (pé diabético/complicação após procedimento)	48 - 2,08%	55 - 7,21%
Mal-estar (fadiga/tontura)	95 - 4,11%	32 - 4,19%
Retorno (consulta/procedimento/vacina)	16 - 0,69%	75 - 9,84%
Problema nos olhos, ouvido ou orofaringe	297 - 2,87%	66 - 8,66%
Dor abdominal	308 - 3,35%	61 - 8,00%
Dor lombar	128 - 5,55%	31 - 4,06%
Psíquico(intoxicação/automutilação/ansiedade/depressão)	9 - 0,39%	3 - 0,39%
Tosse/Tuberculose	12 - 0,52%	8 - 1,04%
Alergia/Prurido/Pele	19 - 0,82%	7 - 0,91%
Sangramento vaginal/anal	25 - 1,08%	3 - 0,39%
Troca de sonda/Reposicionamento de cânula	12 - 0,52%	11 - 1,44%
Dor pélvica (hérnia/genitália/problema urinário)	99 - 4,29%	10 - 1,31%
Neurologia (convulsão/paralisias/traumas/tumor)	79 - 3,42%	8 - 1,04%
Doenças diarreicas	20 - 0,86%	3 - 0,39%
Dor torácica	135 - 5,85%	93 - 12,20%
Febre (dengue/chikungunya)	74 - 3,20%	21 - 2,75%

Cefaleia	142 - 6,15%	53 - 6,95%
Encaminhamento para exames (USG/TC/ECG)	8 - 0,34%	27 - 3,54%
Trauma (agressão/trânsito/queda/acidente de trabalho)	710 - 30,78%	152 - 19,94%
Acidente por animal (cão/cobra/morcego/macaco/escorpião)	42 - 1,82%	1 - 0,13%
Paracentese de alívio (hepatopatias)	9 - 0,39%	2 - 0,26%
Transfusão (hepatopatias)	3 - 0,13%	0 - 0,00%
Problema no dente	9 - 0,39%	0-0,00%
Pedidos de atendimento no Hospital	2 - 0,08%	8 - 1,04%
Síndrome gripal	1 - 0,04%	4 - 0,52%
Icterícia (recém-nascidos)	2 - 0,08 %	0 - 0,00%
Intercorrências de nefrologia	2 - 0,08%	0 - 0,00%
Sem queixa (receita/teste Covid/atestado/perícia/informação IST)	0 - 0,00%	12 - 1,57%
Desnutrição	0 - 0,00%	3 - 0,39%
Retirada de pontos	0 - 0,00%	1 - 0,13%
Covid-19	0 - 0,00%	7 - 0,91%

*Fonte: Pesquisa documental HPSM-MP, (2021/2022).

Podemos observar que o número de usuários que procuraram o Serviço foi três vezes maior em 2019, antes da pandemia de Covid-19 que em 2020/2021, quando passamos pelas dificuldades trazidas pela doença. Em 2019, a diferença do número de participantes do sexo masculino e do sexo feminino foi de 2,77% e nos anos de 2020/2021 foi de 2,30% de modo que permaneceram equilibradas. Ressalta-se que no boletim de entrada não há a possibilidade da opção que incluía a questão de gênero e assim os dados foram coletados por sexo invisibilizando a população LGBTQIAP+. A população de crianças, adultos e idosos atendida foi maior em 2019 enquanto em 2020/2021 observamos atendimentos de adultos. O grupo de adolescentes, equilibrados nos dois grupos, mas pequenos, indicam a baixa procura do Serviço por adolescentes. A procura pelo serviço foi maior nos dias de segunda-feira (dia útil) em 2019 e na quinta-feira (também dia útil) em 2020/2021. A maioria reside na capital Belém ressaltando o fator territorialização do SUS aparecendo menos usuários de outros municípios e Estado vizinho. Os bairros de Belém que mais demandaram atendimentos foram os bairros mais próximos do Hospital, que é no centro da cidade e dos bairros mais populosos, embora mais distantes, nos dois grupos pesquisados. O horário de busca de atendimento foi maior nas manhãs, tarde e noite em 2019 e manhãs e tarde em 2020/2021. As queixas/situações mais informadas em 2019 foram as seguintes: trauma, dor abdominal, problemas nos olhos, ouvidos e orofaringe, mal-estar e dor lombar. Nos anos seguintes aparecem trauma, dor torácica, retornos com os profissionais do Serviço, problemas nos olhos, ouvido e orofaringe e dor abdominal, ressaltando a importância dos atendimentos de traumatologia nos dois períodos.

Podemos dizer que o perfil do usuário de urgência e emergência classificado como não urgente antes da pandemia foi: maioria de homens, mas com pequena diferença com as mulheres que apresentaram demandas, idade 31 a 40 anos, em dia útil da semana, pela manhã, morador de Belém e de bairros mais próximos do Serviço e bairros mais populosos com queixa de traumatologia, dor abdominal e problemas nos olhos, ouvido e orofaringe. Em 2020/2021 a demanda foi mais de homens que mulheres, mas com pequena diferença, idade de 41 a 50 anos, dia útil da semana, pela manhã, de bairros mais próximos e com queixa na traumatologia, dor torácica e retorno com profissionais.

A rede de urgência e emergência é complexa, dinâmica e com muitos responsáveis assim como de alta densidade tecnológica e custo elevado precisando racionalizar recursos de toda ordem inclusive levando em consideração a problemática levantada que é o tratamento de usuários classificados como não urgentes, mas que são atendidos no pronto-socorro. Precisamos de debates com o objetivo de encontrar caminhos para a consolidação e aperfeiçoamento do SUS melhorando os

procedimentos de formulação, decisão e implementação de políticas públicas de modo que o governo monitore e institucionalize a avaliação em saúde.

O HPSM-MP dispõe de serviço de urgência e emergência 24 h com equipes diferenciadas e assim a população vem ao mesmo pela acessibilidade, problema de saúde, por funcionar 24 h, por apreensão, por medicamentos e um profissional que o atenda. A partir dos resultados foi possível conhecer e analisar o perfil dos usuários.

No geral nota-se a lacuna de estudo sobre os usuários do serviço de urgência e emergência classificados como não urgentes, sem gravidade e sem risco de agravo que procuram o hospital de pronto-socorro no lugar de unidades de atenção primária e especializada de saúde, tema da pergunta norteadora que embasou a presente pesquisa a ser desenvolvida sobre o tema que segundo Pierson, (1995), citado por Nunes, S. F. (2018) com possibilidade de governos locais serem verdadeiros laboratórios de democracia, de experiência de diferentes desenhos de políticas públicas que poderiam ser nacionalizadas.

4. Conclusão

A pesquisa resume os pontos importantes dos dados levantados sobre o tema introduzido pela pergunta norteadora, descritores e pesquisas nas bases de dados contribuindo para a capacitação do pesquisador e fortalecendo sua prática com o conhecimento científico sobre política pública, assistência ambulatorial, classificação, demandas e a pandemia de Covid-19 de forma a contribuir com a qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde em relação à questão abordada uma vez que o processo saúde-doença é um processo socialmente construído com seu conceito amplo incluindo os determinantes sociais da saúde.

Considerando ainda o presente estudo, este subsidiará a dissertação de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde na Amazônia - Gestão e Serviços em Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará que tem por objetivo analisar o serviço de urgência e emergência para os usuários do SUS que demandam o serviço em hospital de pronto-socorro municipal e que são classificados como não urgentes, sem gravidade e sem risco de agravamento com vista à regulação dos mesmos para as unidades de atenção primária à saúde, através do sistema de contrarreferência para em seguida propor política pública ou seja ações, decisões ou programas baseados nos conhecimentos adquiridos.

Espera-se que a urgência e emergência também como porta de entrada no SUS tenha a possibilidade de reordenar os fluxos de referência e contrarreferência através da integração dos demais níveis de atenção por meio da regulação médica dos usuários do serviço e outros centros de regulação e atenção de modo a mostrar seu potencial de organização e funcionamento geral do SUS dando visibilidade do sistema que funciona e do qual não funciona para que no futuro se tenha uma linha de cuidado integral na urgência e emergência com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A análise estatística descritiva do estudo chegou à conclusão que o participante pode ser homem quanto mulher entre 31 e 50 anos proveniente de Belém, de bairro mais próximo do Serviço ou mais populoso, atendido no horário de 7 h às 19 h, em dia útil, com queixa de traumatologia, dor abdominal, dor torácica, problema no olho, ouvido ou orofaringe e retorno com profissionais que o atendeu na primeira demanda.

Avaliando os boletins de entrada foi percebida o papel do pronto-socorro em caso da atenção primária de saúde mesmo na pandemia ou como porta de entrada contrariando a entrada pela estratégia saúde da família e comunidade. Deste modo torna-se imprescindível adotar medidas que visem diminuir esse fato e voltar-se para atendimentos de maior complexidade, focando nas urgências e emergências com integralidade uma vez que a territorialização se aplica já que os usuários vieram de Belém, área de abrangência do Serviço.

A procura dos serviços de urgência e emergência por usuários classificados como não urgentes é fato observável no território nacional, nos serviços públicos e privados. Estudos posteriores sobre o tema precisam ser realizados para

compreensão e indicação de alternativas de como viabilizar o atendimento dos referidos usuários no nível de atenção que melhor resolva suas demandas, com integralidade, direitos humanos e qualidade de assistência, através, por exemplo, de pesquisas que contribuam para políticas públicas para os mesmos, assim como tratamento do assunto sob a perspectiva de georreferenciamento, inserindo questões sociais e políticas no espaço da questão em estudo.

Referências

- Barbosa, D. V. S., Barbosa, N. B. & Najberg, E. (2016). Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 49-54.
- Barros, R. (2021). Emergência em saúde pública da pandemia da Covid-19: Breves apontamentos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 23 (1), 11-18.
- Barros, F. P. C. & Amaral, T. C. L. (2017). Os desafios da regulação em s saúde no Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16 (3suppl), 39-45.
- Batista, S. R., Vilarins, G. C. M., Lima, M. G. & Silveira, T. B. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (6).
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado Federal.
- Campos, G. W. S. A. (2018) SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1707-1714.
- Cecílio, L. C. & Reis, A. A. C. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8).
- Conselho Nacional de Saúde. (2017). *Carta dos deveres e direitos da pessoa usuária da saúde*. <http://www.conselho.saude.gov.br>.
- Faria, T. L. M., Nascimento, D. M., Filho, M. C. F. & Nunes, S. F. (2017). A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 726-737.
- Ibiapina, F. & Mossé, P. (2018). Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(4) ,1-3.
- Köche, J. C. (2011). *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lara, M., Fernandes, C. M. S., Penteadó, V. P. & Serra, M. C. (2021). Direito à saúde e judicialização no acesso a tratamentos de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3.
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2012). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, SP: Atlas.
- Ministério da Saúde. (2012). *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. <http://www.saude.gov.br/MinisteriodaSaude>.
- Ministério da Saúde. (2019). *Componente hospitalar de atendimento às urgências*. <http://www.saude.gov.br/>.
- Ministério da Saúde. (2019). *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. <http://www.saude.gov.br/>.
- Nunes, S. F. (2018). *Instituto do pacto de saúde: regionalização e municipalização da saúde no Estado do Pará*. Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará. Tese apresentada como requisito à obtenção do grau de Doutora em Ciência: Desenvolvimento Socioambiental do Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido.
- Liszczyński, P. K. et al. (2022). Impacto da pandemia de Covid-19 na qualidade dos serviços de saúde prestado por serviços de emergência e departamentos de emergência na opinião dos pacientes: estudo piloto. *Environ Res Saúde Pública*, 19 (3), 1232.
- Santos, T. B. S. & Pinto, I. C. M. (2017). Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação do SUS. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16 (3 supl.), 47-53.
- Santos, N. R. (2018). SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6).
- Silva, P. L., Paiva, L., Faria, V. B., Ohl, R. I. B. & Chavaglia, S. R. R. (2016). Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (3 suppl), 427-432.
- Smith, M. G. & Ferreri, S. P. (2016). A model to inform community pharmacy's collaboration in outpatient care. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12 (3), 529-34.
- Ursi, E.S. & Gavão, C. M. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão de literatura [dissertação]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.