

RAZÕES QUE LEVAM MÃES A PROCURAR A UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR COMO PRIMEIRA OPÇÃO DE ASSISTÊNCIA, SOROCABA/SP

REASONS THAT LEAD MOTHERS LOOKING FOR A PRE-HOSPITAL UNIT AS A FIRST OPTION FOR ATTENDANCE - SOROCABA/SP

Thais Helena Campos¹, Larissa Luz Gôes¹, Milene Schumann¹, Valdina Marins Pereira²

RESUMO

Objetivo: verificar as razões que levam mães a procurar a Unidade Pré-hospitalar da Zona Oeste de Sorocaba (UPH-ZO) como primeira opção de assistência e quantificar a demanda não adequada a essa assistência. **Método:** pesquisa exploratória com análise quantitativa realizada na UPH-ZO por meio de Boletim de Emergência (BE) e de entrevista. **Resultados:** entrevistadas 900 mães/responsáveis. Quatro razões prevaleceram como motivo da procura pela UPH como primeira opção - maior resolubilidade pelos recursos tecnológicos oferecidos, horário restrito de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), demora para encaixe na agenda da UBS e falta de pediatra na UBS. As hipóteses diagnósticas prevalentes na amostra foi gastroenterocolite aguda e infecções das vias aéreas superiores. **Conclusão:** em 68,8 % da amostra, a procura pela UPH estava adequada; 31,2% referiram motivos que pela hipótese diagnóstica poderiam ser resolvidos na Unidade Básica de Saúde. Na realidade, esta deve ser a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde.

Descritores: serviços médicos de emergência; mães; crianças; gravidade do paciente; pediatria.

ABSTRACT

Objective: to verify the reasons lead mothers to seek the Pre-hospital Unit of Sorocaba Western Zone (UPH-ZO) as first option of attendance and quantify the inappropriate motives for this search. **Method:** it is an exploratory study with quantitative analyze performed at UPH-ZO through the emergence bulletin (BE) and the mothers or guardians interview. **Results:** nine hundred mothers and guardians were interviewed. Four reasons prevailed as motivation for search the UPH-ZO by first option: better and quick resolution with technological resources provided; restrict period for attendance at the Basic Health Unit (UBS); delay for appointment in the UBS; lack of Pediatrician in this Unit. The prevalent diagnostic hypothesis in the sample was acute gastroenterocolitis and superior aerial way infections. **Conclusions:** for the 68.8% of the sample the looking for UPH-ZO was adequate; 31.2% referred reasons that could be solved at the UBS. This Unit must just be the entrance for the users of the Health Unique System (SUS).

Key-words: emergency medical services; mothers; children; patient acuity; pediatrics.

INTRODUÇÃO

Os fatos que antecedem o Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, foram marcados por privilegiar uma atenção mais voltada para a ação “hospitalocêntrica”, atenção mais curativa que preventiva.^{1,4}

Atualmente, o SUS possui uma rede regionalizada e hierarquizada, onde os níveis de complexidade são os

parâmetros para delimitar o sistema de prestação de serviços nos estabelecimentos.²

O nível secundário compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico terapêutico e atendimento de urgência e emergência, como nas Unidades Pré Hospitalares (UPH). Nesta a demanda é livre, sendo utilizada a classificação de risco, que tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Esta triagem se baseia na Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, sendo instituída para aperfeiçoar o atendimento às urgências e emergências no País.⁵⁻⁶

São utilizados como critério para classificação de risco: a apresentação usual da doença, sinais de alerta, queixa principal. São considerados pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, escala de Glasgow, doenças pré-existent, idade, dificuldades de comunicação. De acordo com esses critérios, o paciente poderá ser classificado em: risco vermelho, prioridade zero e atendimento imediato; amarelo, prioridade um, consistindo em atendimento médico em até 30 minutos; verde, prioridade dois, consistindo em consulta médica e avaliação em, no máximo, 2 horas; azul, atendimento em, no máximo, 4 horas, classificado como não urgente.⁷

O processo de classificação de risco é realizado na UPH Zona Oeste (UPH-ZO) por meio do acolhimento, que tem por finalidade reorganizar o serviço para garantir acesso, resolubilidade e atendimento humanizado.⁸

O desconhecimento por parte do usuário sobre como realmente se dá o protocolo de referência e contra referência, bem como sobre a hierarquização, pode levar à ineficiência e desperdício de recursos humanos e materiais, além de injustiça na assistência.⁸⁻⁹

A Reforma Sanitária valorizou a atenção primária como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. No entanto, a procura por serviços de urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor complexidade tecnológica é muito comum e independe do desenvolvimento social e econômico da população.⁹⁻¹¹

Segundo Alves,¹⁰ a não definição do tipo de doente a ser atendido e o livre acesso aos setores de emergência contribuem para que estes sejam verdadeiros palcos de situações melodramáticas.

Estudos realizados no Rio de Janeiro na década de noventa, mostraram que mais de 50% dos casos atendidos em unidades pediátricas de urgência não eram referenciados por algum outro serviço, ou seja, eram provenientes de demanda espontânea.⁹⁻¹¹

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 80 - 85, 2015

1. Acadêmica do curso de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

2. Professora do Depto. de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

Recebido em 8/1/2015. Aceito para publicação em 8/1/2015.

contato: thaisheleca@hotmail.com

A atitude dos usuários de saúde em procurar serviços de urgência/emergência como primeira opção leva a um desgaste da equipe que aqui trabalha, sobrecarregando este serviço e os profissionais envolvidos.¹²⁻¹⁴

O que se observa é que, apesar da progressiva expansão da rede básica e da implantação do Programa Saúde da Família, a demanda pelos serviços de urgência e emergência não tem diminuído na proporção esperada, daí a motivação deste estudo.

OBJETIVOS

- Quantificar a demanda não adequada atendida na UPH da Zona Oeste de Sorocaba, segundo os critérios de assistência em UPHs;
- Identificar as razões que levam as mães a procurar pela UPH como primeira opção;
- Propor um plano de encaminhamento para possível solução dos principais problemas apontados pelas mães.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com análise quantitativa. A coleta dos dados foi realizada de duas maneiras:

- Através do Boletim de Emergência (BE),
- Por entrevista com o responsável pela criança logo após a abertura do BE.

A pesquisa foi realizada na unidade Pré-Hospitalar da Zona Oeste (UPH-ZO), destinada ao atendimento de urgência e emergência infantil. Esta unidade dispõe de 23 leitos para observação, dos quais quatro de emergência e dois de isolamento. Também dispõe de recursos avançados para o atendimento de parada cardiorrespiratória, exames complementares de sangue e de imagem.

A população foi constituída de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos completos, que procuraram o atendimento na UPH-ZO no período de 22 de agosto a 22 de setembro de 2014. Estima-se uma média de 7.500 crianças atendidas por mês nessa UPH.

A amostra foi composta das crianças atendidas às segundas, terças e quartas-feiras, no horário das 19 às 22 horas. Todas as crianças que se apresentaram na UPH-ZO nos dias e horários descritos acima foram incluídas, desde que a mãe ou responsável aceitasse participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os horários especificados foram escolhidos em razão da maior demanda, e os dias por serem compatíveis com a disponibilidade das alunas pesquisadoras. Foi estimada a demanda de 900 crianças nesses dias e horários, correspondendo, portanto, a mais de 10% da população-alvo (7.500 crianças/mês).

Na entrevista foi preenchido o Instrumento de Coleta de Dados (ICD), que contém informações sobre o perfil do colaborador, da doença atual da criança e, por último, a razão de a mãe ter procurado a UPH-ZO para o primeiro atendimento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP no dia 12/08/2013, sob n.º. 30704714.0.0000.5373.

RESULTADOS

A amostra se compôs de 900 crianças. Destas, 49,8% residiam na região norte de Sorocaba, região esta que concentra quase metade da população da cidade, estimada, atualmente, em 629 mil habitantes. Na amostra estudada

houve um número representativo de usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região norte e oeste, prevalecendo os referenciados pelas Unidades de Lopes de Oliveira e Marcia Mendes.

Com relação à idade das crianças atendidas, a faixa etária prevalente foi de maiores de 5 anos 37,2%; no entanto, esta diferença não foi significativa, aproximando-se dos valores obtidos nas outras faixa etárias (0 a 2 anos, 31,7% e 2 a 5 anos, 31,1%).

Em sua maioria as crianças eram acompanhadas pelas mães 91%; em alguns casos pela avó ou pelo pai. Grande parte dos acompanhantes teve acesso à educação, em sua maioria possuíam ensino médio completo (72,2%), cursaram ensino superior (20,1%) e poucos referiram não possuir escolaridade alguma (0,3%).

O núcleo familiar geralmente era formado pelos pais e filhos, segundo dados referidos pelos responsáveis; em sua maioria possuía de um a três filhos (93,3%).

A maioria dos entrevistados declarou possuir uma renda familiar de um a três salários mínimos (59,8%); 23,3% referiu ganhar apenas um salário mínimo e 15,6% mais de três salários mínimos; uma pequena parte (1,3%) referiu estar desempregada.

As competências da UPH segundo a portaria 342/2013, artigo 7º Inciso I, é “*Acolher os usuários e seus familiares que buscam atendimento na UPH 24 horas*”; Inciso VI: “*Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade*.” Essas atribuições justificam a demanda espontânea. Por esse motivo, não existe uma relação específica de situações que deveriam ser atendidas em UPH.¹⁵

Apesar de não haver uma relação de doenças e agravos dos casos que devem ser direcionados à UPH, há uma estratégia de Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que norteiam as ações do profissional pediatra da Unidade Básica de Saúde, por meio de uma série de quadros que mostram a sequência e a forma dos procedimentos a serem adotados por esses profissionais. Esses fluxogramas foram elaborados para ajudar o profissional de saúde a atender as crianças de forma correta e eficiente.¹⁶

Na tabela 1 observa-se que a maioria dos responsáveis pelas crianças atendidas, quando procuram um serviço com mais recursos, como a UPH-ZO, acredita que lá seus filhos serão mais bem assistidos. Verificou-se também que as razões referidas para a não procura das UBSs são consideráveis, dentre elas o número insuficiente de pediatras, que, aliás, denotam um problema nacional. Outras alegações remetem ao horário de trabalho das mães/acompanhantes e o horário de atendimento nas UBSs, fatores esses que dificultam o atendimento à demanda.

Na tabela 3 é possível observar que a grande maioria das crianças que foi submetida a algum procedimento teve alta após o atendimento; dentre essas crianças, algumas receberam somente orientações e prescrição médica para que o tratamento fosse realizado na residência; outra parte foi encaminhada ao setor de observação para que recebesse medicação endovenosa e obtivesse estabilidade do quadro apresentado. Geralmente as crianças encaminhadas a esse setor apresentavam sintomas como vômitos e diarreia ou haviam passado por queda, o que exigia uma observação mais rigorosa. As crianças que demandavam cuidados especializados, como os casos de fratura e luxação, foram encaminhadas à Unidade Pré-hospitalar da Zona Leste (UPH-ZL), unidade esta especializada em ortopedia.

O hospital de referência para nível terciário foi a Santa Casa de Sorocaba, para onde foi encaminhado 3,2% dos casos;

algumas exceções foram direcionadas a outros hospitais, quando o assistido possuía convênio médico. Duas crianças foram direcionadas ao nível primário por necessitarem de

médico ginecologista, podendo esta demanda ser solucionada na UBS ou referida, diretamente, à Policlínica Municipal de Sorocaba.

Tabela 1. Razões que levam os responsáveis à procura da UPH-ZO como primeira opção de assistência a seus filhos.

CAUSAS	N	%
Possibilidade de mais recursos como medicações e exames em um tempo menor	239	26,6
Demora em conseguir encaixe na agenda da UBS	171	19,0
Horário de atendimento da UBS	143	15,9
Falta de pediatra na UBS	139	15,4
Encaminhado pela UBS	102	11,3
Acredita que o caso não poderia ser resolvido na UBS	35	3,9
Em seu Município não há atendimento direcionado para crianças	32	3,6
Encaminhado pela creche Municipal	18	2,0
Mais próximo de residência	11	1,2
Prefere atendimento da UPH ao do convênio	9	1,0
Veio trazido pelo SAMU	1	0,1
TOTAL	900	100,0

Fonte: tabela elaborada pelos autores.

Tabela 2. Hipóteses Diagnósticas dos atendimentos realizados na UPH-ZO

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	N	%
Gastroenterocolites agudas (GECA)	147	16,3
Infecções das vias aéreas superiores	135	15,0
A esclarecer	77	8,6
Afecções gastrointestinais	90	10,0
Afecções Orofaringe	83	9,2
Afecções respiratórias	181	20,1
Afecções de pele	27	3,0
Conjuntivite	38	4,2
Afecções Otológicas	29	3,2
Infecção do Trato Urinário	23	2,6
Acidentes	50	5,6
Infecções Próprias da Infância	14	1,6
Outros	6	0,6
TOTAL	900	100,0

Tabela 3. Encaminhamento de crianças atendidas na UPH-ZO, agosto a setembro/2014, segundo os níveis de assistência.

NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	N	%
Primário	2	0,2%
Secundário	21	2,3%
Terciário	29	3,2%
Evasão	6	0,7%
ALTA	842	93,6%
TOTAL	900	100,0%

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que de 900 crianças atendidas, 280 (31,2%) foram classificadas como falsa demanda. Percentual semelhante foi encontrado na Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá, onde foram auditadas 1.284 fichas de atendimento, sendo 30,1% apontadas como falsa demanda.⁹

No quesito patologias respiratórias, o estudo realizado em Sorocaba apresentou índices menores (35,1%), somando-se os casos de infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e outras afecções respiratórias comparando-se ao estudo mencionado acima,⁹ que apresentou 42,6% de patologias respiratórias. Esse mesmo estudo mostra que 33,6% dos responsáveis possuíam ensino médio completo, o que nos leva a acreditar que o nível de escolaridade maior dos colaboradores deste estudo (72,2% com ensino médio completo) influenciou positivamente na prevalência de infecções respiratórias.^{9,17}

Estudos realizados para analisar a relação entre educação e saúde, na região do nordeste do Brasil, relatam uma forte interação entre esses dois fatores, onde pessoas com um nível educacional mais elevado tendem a ter comportamento mais saudável, adotando atitudes mais eficientes no uso dos serviços de saúde.¹⁷ Sem dúvida, na sociedade em que vivemos, o conhecimento é fundamental. E espera-se que pessoas mais escolarizadas sejam também melhor informadas, podendo fazer uso dessas informações para alcançar um melhor estado de saúde e um estilo de vida mais saudável.¹⁷ O fator educação facilita a compreensão sobre o sistema de saúde por parte dos usuários; os serviços de saúde devem ser organizados de forma a garantir amplo acesso e total cobertura à população em seus três níveis de atenção. Com a implantação do SUS, o modelo de assistência seria como uma pirâmide: na base estariam localizadas as unidades básicas, responsáveis pela porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.¹¹

Um trabalho realizado em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, mostrou que a faixa etária que mais utiliza o Pronto Atendimento Infantil é de menores de cinco anos (62,3%).¹⁸ No entanto, neste estudo, as faixas etárias foram distribuídas equitativamente, com discreta predominância de maiores de cinco anos (37,2%).

Quanto aos motivos da procura pelo Pronto Atendimento Infantil, no trabalho acima citado,¹⁸ figura a falta de pediatra (20,7%). No presente estudo esta razão foi menos prevalente (15,4%).

A falta desse profissional não justifica a procura do serviço de nível secundário. Em algumas situações, a enfermeira da Unidade Básica de Saúde pode oferecer atendimento eficaz com resolubilidade. Porém, alguns usuários demonstram ainda certa desconfiança com relação ao atendimento prestado por esse profissional. Há de se considerar, também, que o tempo de espera pelo pediatra na UBS pode ser minimizado, sistematizando-se a prática da puericultura, que se caracteriza pelo acompanhamento sistemático da criança sadia, o que pode ser feito pelo enfermeiro.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, 68,8% da demanda atendida na UPH-ZO realmente necessitava de atendimento em nível secundário naquele momento. A hipótese diagnóstica de Gastroenterocolite Aguda (GECA) prevaleceu na amostra.

Entre as razões que motivaram os 31,2% restantes da amostra a procurar a UPH-ZO como primeira opção, prevaleceram quatro: maior resolubilidade pelos recursos

tecnológicos oferecidos, horário restrito de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), demora para encaixe na agenda da UBS e falta de pediatra na UBS.

Diante dos achados da amostra, faz-se necessário intervenções nas UBSs, abordando atividades educativas em saúde individual e/ou coletiva, com a finalidade de orientar os responsáveis sobre a importância do acompanhamento da criança na Unidade, comparecimento às consultas agendadas, pois é por meio dessas que se monitoriza o desenvolvimento e crescimento da criança, sendo possível realizar a promoção da saúde. Por outro lado, é importante que mães e crianças sejam sempre bem acolhidas na UBS, obtendo a resolubilidade dos problemas trazidos, uma vez que essa Unidade deve ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vargas DJ. Histórias de políticas públicas de saúde no Brasil: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Escola da Saúde do Exército; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Giovanella L. Atenção primária à saúde coletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008;24:S21-3.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 Anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago AL. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviço. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(Spec):[8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 49-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Ana Amélia CA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*. 2005;81(3):251-8.
9. Oliveira MLF. Determinantes da utilização dos serviços de Urgência /Emergência em Maringá. *Ciênc Cuidados Saúde*. 2002;(1):123-8.
10. Alves JG. Aspectos psicossociais de atendimento de emergência. *J Bras Med*. 1992;63(5/6):48-60.
11. Rati SEM, Goulart F, Lucia MH. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3663-72.
12. Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2008;29(2):121-30.
13. Salgado RMP, Aguero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria*. 2010;32(2):90-7.
14. Carvalho F. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):30-5.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 342, de 4 março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Internet]. [acesso em 24 out. 2014]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html.

16. Brasil. Minas Gerais. Secretaria do Estado da Saúde. Atenção a Saúde da Criança. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde; 2004.
17. Souza EL, Santos AMA, Jacinto PA. Efeitos da educação sobre a saúde do indivíduo: uma análise para região nordeste do Brasil. Rev EconNE. 2013;44(4):911-30.
18. Santos ML, Silva RB, Vogt MSL, Haeffner LSB, Micheloti MRC. Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. Rev Saúde. Santa Maria. Rio Grande do Sul. 2011;39(2):79-88.