

Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS

Emergency care or primary care: patient's choices on the national health service

Maria do Carmo G. Caccia-Bava¹, Maria José Bistafa Pereira², Juan Stuardo Y. Rocha¹, Edson Z. Martinez¹

RESUMO

Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a Atenção Primária à Saúde. O presente trabalho buscou conhecer as razões da não adesão às unidades básicas e de saúde da família (UBS e USF) por parte de pacientes que procuraram o serviço de Pronto Atendimento (PA) com queixas compatíveis com a Atenção Básica (AB). De caráter descritivo e abordagem quantitativa, desenvolveu-se a pesquisa em um Distrito de Saúde com 140 mil habitantes, integrado por equipes de Saúde da Família, UBS e serviço de PA para urgência e emergência 24 horas. Levantaram-se Fichas de Atendimento de dois meses típicos, distinguindo-se pacientes com queixas compatíveis com a AB daqueles com queixas e agravos relativos ao PA. Identificou-se sua frequência geral ao SUS e específica no PA no período de 67 meses. Realizaram-se entrevistas domiciliares semi-estruturadas a pacientes definidos por meio de sorteio. Embora procedentes de 12 diferentes UBS/PSF, em 3 delas concentraram-se 54,6% dos pacientes que buscaram o PA. 55% deles procuraram o SUS por pelo menos 30 vezes no período. Destacam-se 14 pacientes que procuraram o SUS mais de 200 vezes, sendo um deles por 1.012 vezes, um por 1.097 vezes e outro por 2.744 vezes, todos buscando procedimentos típicos da AB. Das 347 visitas realizadas foram obtidas 105 entrevistas. Quanto às razões que motivaram a procura pelo PA 76 % dos pacientes entrevistados apontaram fatores relacionados ao acesso e à acessibilidade (horário de funcionamento, tempo de espera, distância) e 19% referiram aspectos relativos ao estabelecimento de vínculos. Consideraram que, quando atendidos, a assistência pela AB/PSF é Boa para 57 %; Regular para 16 % e Ruim para 27 % dos entrevistados. A maior adequação tecnológica do PA também foi mencionada como estímulo a procurá-lo. Superar as dificuldades apontadas requer investimentos para um aumento da capacidade técnica e de gestão do sistema, de fortalecimento da AB e a revisão dos processos de trabalho, a Educação Permanente e a valorização dos usuários na construção de novos protagonismos sociais.

Palavras-Chaves: Modelos de Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pronto Atendimento à Saúde.

1 Docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP

2 Docente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Correspondência:

Maria do Carmo G. Caccia-Bava
Avenida dos Bandeirantes, 3900.
14090-900 - Ribeirão Preto-SP
e-mail: mcbava@fmrp.usp.br

Artigo recebido em 25/08/2010
Aprovado para publicação em 10/10/2011

Introdução

O compromisso de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado grande número de debates, estudos e definições de novas estratégias para o seu aprimoramento e reorganização.¹⁻⁷ Nessa direção, foram desenvolvidas reformas ao longo dos anos 90 do último século, atingindo principalmente a Atenção Básica (AB), que a partir de 1994 tem a Saúde da Família como seu principal modelo organizacional. Em adição, mudanças do modelo assistencial do país tiveram expansão mais acentuada a partir de 1998.^{8,9} No campo internacional, um estudo desenvolvido por Starfield¹⁰ envolvendo 12 países ocidentais industrializados apontou que aqueles que organizaram seus sistemas de saúde a partir da AB apresentaram maiores probabilidades de atingir os melhores níveis de saúde e com maior eficiência.

A Organização Mundial da Saúde registra quatro grandes variações na interpretação da AB, das quais decorrem diferentes formas de organizá-la: a primeira, que denomina de Atenção Primária Seletiva, tem como característica central a oferta de ações restritas a populações e regiões pobres, pautando-se pelos recursos tecnológicos de baixo custo, sem exigência de maior qualificação profissional pela equipe e sem comprometimento com o acesso e integração com outros níveis de atenção que ofereçam recursos de maior densidade tecnológica.¹¹ Na segunda interpretação, a AB é considerada como o nível primário do Sistema de Serviços de Saúde e a porta de entrada deste sistema, dando ênfase à resolução dos problemas de saúde mais comuns.¹¹ A terceira corrente diz respeito à Atenção Primária como eixo organizador de todo o sistema de saúde, trazendo a necessidade de se "*apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica na articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de saúde*".^{6, p.10} A quarta abordagem valoriza a relação entre Saúde e Direitos Humanos, destacando a importância dos determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Considera a necessidade de políticas de desenvolvimento mais socialmente inclusivas e apoiadas por compromissos, com vistas a atingir avanços na equidade em saúde.¹¹

Embora o modelo assistencial brasileiro venha registrando esforços para reorganizar-se em direção à valorização e fortalecimento da AB no seu sentido

mais ampliado, as unidades básicas de saúde ainda não se configuram sequer como a principal "porta de entrada" do sistema.¹² Como consequência, tem-se um fenômeno amplamente reconhecido em todo o mundo, que é a sobrecarga dos serviços de urgência com queixas de complexidade compatível com a AB.^{13,14} O atendimento às urgências e emergências também integra o rol das ações previstas na Atenção Básica à Saúde¹⁵ adotando dentre outros elementos conceituais:

- a Promoção da Qualidade de Vida como estratégia de enfrentamento das causas das urgências, valorizando a prevenção dos agravos e a proteção da vida: ao invés de valorizar as consequências dos agravos que geram as urgências, adota uma visão mais abrangente buscando novas estratégias de promoção e proteção da vida, a educação para a saúde, a prevenção de agravos e doenças, novo significado à recuperação e à reabilitação, conferindo maior protagonismo, co-responsabilidade e autonomia aos cidadãos; e
- a leitura sistemática das necessidades sociais em saúde e o respeito ao imperativo das necessidades humanas nas urgências: busca inverter o modelo hegemônico de planejamento a partir da oferta de serviços de saúde, adotando a elaboração de um diagnóstico ascendente, partindo da identificação das necessidades constatadas na relação com o território.

Entretanto, os serviços de urgência, incluindo a assistência pré-hospitalar dos Pronto-Atendimentos, por funcionarem ininterruptamente, atraem os usuários que não se vincularam à AB. Direcionados para a queixa de natureza biológica apresentada naquele momento, são atrativos para aqueles que não aderem à AB. Vale destacar que a prática da atenção em saúde, nas situações de urgências e emergências não poderiam ser diferentes, uma vez que manifestações assim caracterizadas podem levar a comprometimentos irreversíveis em um curto período de tempo.

Reconhecendo a relação de interdependência existente entre as unidades assistenciais nos vários níveis de produção de cuidado, o serviço de Pronto-Atendimento (PA) constitui-se hoje em um dos principais pontos de acesso ao SUS. Desta forma, seu papel é merecedor de um olhar mais atento por parte dos trabalhadores e gestores do SUS por revelar potência para reorganização do sistema, quando estruturado de forma articulada à AB e ao atendimento especializado e hospitalar.

A afirmação de que a procura pelas unidades de PA nem sempre obedece a critérios coerentes com

a complexidade do atendimento lá oferecido¹⁴ (urgências e emergências) corrobora as assertivas acima. Essa distorção no fluxo vem provocando uma demanda excessiva de usuários com queixas mais compatíveis com a AB, acarretando ônus para os usuários, profissionais e para todo o sistema, fortalecendo a manutenção do modelo de atenção hegemônico.

No caso do município de Ribeirão Preto, SP, com seus quase 600 mil habitantes, organizado em cinco grandes distritos sanitários - cada um deles contando com uma unidade de Pronto-Atendimento 24 horas a urgências e emergências pré-hospitalares, - o número de consultas chega a atingir mais do dobro do esperado e preconizado.¹⁶ A unidade sede do Distrito Sanitário Oeste, denominada de Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, abrange uma população de cerca de 140 mil habitantes, realizando mensalmente cerca de 10 mil consultas de Pronto-Atendimento: 6 mil para adultos e 4 mil para a área infantil. Estudos prévios apontaram que destes atendimentos, cerca de 85% têm complexidade compatível com o perfil de Unidades Básicas de Saúde.^{17,18}

Como consequência vêm sendo geradas despesas desnecessárias à Universidade e ao município, uma assistência pouco resolutiva para os pacientes com patologias crônicas, visto serem atendidos em serviço voltado para casos agudos, além de um modelo de ensino equivocado e em rota de colisão com os esforços nacionais e internacionais de valorização da AB, que nesse mesmo município apresenta um volume de consultas de 40% a 50% inferior ao esperado.¹⁶

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo identificar, a partir do usuário, as razões da procura pelo PA e as possíveis causas da sua não adesão às unidades básicas, mesmo quando portando queixas compatíveis com este tipo de serviço.

Material e Método

Desenvolveu-se um estudo transversal, de caráter descritivo, entendendo que este permite conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema ou fenômeno, de modo a estabelecer hipóteses de investigação, abrindo caminhos para outros tipos de pesquisa, ou mesmo propor estratégias de intervenção em determinadas situações.¹⁹ Adotou-se uma abordagem quantitativa, porém com a inclusão de algumas variáveis de cunho qualitativo, buscando uma integração e uma complementaridade entre

ambas, para que revertesse na possibilidade de uma melhor compreensão do fenômeno.²⁰

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto, SP, com cerca de 140 mil habitantes, composto por nove equipes da Estratégia Saúde da Família (PSF), sendo destas apenas quatro lotadas em unidades exclusivamente de PSF, dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma unidade Distrital para atendimento de urgência e emergência 24 horas e policlínica de especialidades, conforme apontado no mapa abaixo. Foram excluídas duas UBS por tratar-se de unidades exclusivamente materno-infantis, cujos pacientes adultos foram incluídos nas outras UBS desse mesmo distrito.

Seleção da amostra

A partir dos atendimentos realizados no Serviço de Pronto-Atendimento da Unidade Distrital foram levantadas as Fichas de Atendimento relativas a dois meses, novembro de 2005 e janeiro de 2006, sem ocorrências que levassem a um aumento ou diminuição da média histórica do volume de atendimentos mensais.

As fichas foram separadas em dois grupos: a) pacientes que apresentaram queixas compatíveis com o atendimento de urgência/emergência (cerca de 15%) e b) pacientes com queixas com perfil indicado para o atendimento básico. Contou-se com o apoio de duas médicas - uma integrante do corpo clínico de emergencialistas e outra coordenadora da área programática, para os casos de dúvida na classificação das Fichas. Quando as informações registradas não foram suficientes para uma decisão segura, a ficha não foi incluída no rol dos atendimentos compatíveis com a AB. Essa decisão foi adotada considerando-se que a ênfase do estudo centrava-se em pacientes com quadros sabidamente compatíveis com a AB que procuravam pelo PA, ou seja, seria preferível excluir em excesso a incluir os que não se encaixassem nesse perfil. As Fichas de Atendimento incluídas foram classificadas pelos endereços registrados em cada uma das 13 unidades básicas e de PSF que compõem o Distrito Oeste e pelo sistema informatizado municipal tiveram identificado o número de vezes que frequentaram o SUS e, dentre essas, o número específico de consultas feitas no Pronto Atendimento, no período entre janeiro de 2000 até julho de 2005, quando se iniciou o levantamento, totalizando 67 meses.

Em seguida as fichas de pacientes agrupadas por UBS/PSF foram classificadas de acordo com o número de vezes em que procuraram o sistema de saúde, quer para PA, quer para atendimento em UBS/PSF. Do total de fichas foram sorteados 10% dos pacientes de cada uma das unidades de saúde para a etapa de entrevistas domiciliares.

Foram elaboradas ainda quatro listas reservas a serem utilizadas se esgotassem todos os selecionados da lista prévia. As listas foram elaboradas a partir de sorteios aleatórios, A primeira lista iniciou-se pelo 7º paciente da relação de pacientes pertencentes a cada uma das unidades. As demais listas iniciaram-se pelo 8º, 9º e 10º nomes das listagens de pacientes de cada unidade básica de saúde de procedência. Para nenhuma das unidades foi necessário exceder esse número inicial, face à elevada repetição nas respostas.

Entrevistas e Instrumento de coleta

A coleta de dados da segunda etapa realizou-se por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto de questões abertas e fechadas, buscando identificar a motivação dos usuários a buscar o PA e não suas UBS/PSF de referência. Os entrevistadores foram acadêmicos dos cursos de fonoaudiologia (1), enfermagem (2), nutrição (1), fisioterapia (3) e terapia ocupacional (2), vinculados ao Programa Bolsa-Trabalho da Universidade de São Paulo, à Monitoria do Departamento de Medicina Social ou voluntários, previamente treinados para realização desta técnica. As entrevistas foram realizadas nos domicílios, entendendo-se que nestes poderia haver uma maior liberdade para os pacientes expressarem-se sobre aspectos de satisfação ou insatisfação que envolviam sua relação com as unidades de saúde, seus trabalhadores e processos de trabalho.

Tratamento dos dados

Utilizou-se a estatística descritiva para verificar a frequência com que as variáveis se apresentaram. As questões abertas foram agrupadas por categorias. As tabulações e análise utilizaram o programa estatístico SAS versão 9.2, sendo fixado um nível de significância de 5% quando testadas hipóteses.

Aspectos éticos

Os procedimentos éticos exigidos pela portaria 196/96 do CONEP foram seguidos, obtendo-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Resultados e Discussão

Das 1.370 fichas de pacientes selecionados para essa etapa, procedentes de 12 diferentes Unidades de Saúde, 54,6% dos pacientes eram usuários de apenas três delas. O número de vezes que essas pessoas fizeram uso do SUS no período de 67 meses concentrou-se no intervalo entre 1 a 30 vezes, em 55% dos casos. Entretanto, quatorze pacientes procuraram o SUS mais de 200 vezes, sendo que destes, um o procurou por 1.012 vezes, um por 1.097 vezes e outro por 2.744 vezes, sendo em todos os casos para procedimentos de complexidade compatível com a AB, e para procedimentos oferecidos pelas suas UBS/PSF de referência.

Do total geral de indivíduos que procuraram atendimento pelo Sistema Único de Saúde, cerca de 50% foram atendidos no Pronto Atendimento, conforme apresenta a Tabela 1. Analisando-se a partir do número de consultas, o uso de um modelo de regressão com resposta binomial assinala diferenças entre as distribuições de frequência de indivíduos que realizaram consulta no PA em relação ao número de consultas no sistema SUS em geral, sendo essas diferenças registradas entre: a NSF_X e UBS₃ ($p = 0,04$), NSF_X e UBS₁ ($p < 0,01$), NSF_Y e UBS₁ ($p = 0,01$), NSF_W e UBS₁ ($p < 0,01$), UBS₃ e UBS₂ ($p = 0,02$), UBS₈ e UBS₁ ($p = 0,03$), UBS₆ e UBS₁ ($p = 0,02$) e UBS₂ e UBS₁ ($p < 0,01$).

As unidades de saúde geograficamente mais próximas ao serviço ininterrupto (PA), bem como aquelas com menores horários de funcionamento e menor oferta de serviços de atenção primária, podem justificar a maior a concentração de consultas realizadas no PA, em relação à concentração de consultas no sistema (1 a 10; 11 a 20; 21 a 30 e 31 ou mais) apontada pela Tabela 1.

Segunda etapa de coleta: as entrevistas domiciliares

A relação entre o número de visitas realizadas e o de entrevistas efetivamente obtidas aponta para expressivo percentual de perdas. Embora realizadas em horários diversos, como finais de semana e noites, além de horário comercial, de um total de 347 visitas realizadas obteve-se 105 entrevistas (30%), tendo sido esgotadas todas as listas elaboradas com essa finalidade. Mudanças de endereço, endereços inexistentes, falecimento da pessoa a ser entrevistada e ausências nos momentos das visitas foram os principais

Tabela 1

Proporção de consultas de pronto-atendimento em relação ao número total de consultas no sistema, segundo a frequência de consultas dos usuários, por unidade de saúde.

UBS	Número de consultas				Total
	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 ou +	
NSFX	50%	61%	47%	44%	51%
NSFY	58%	59%	41%	33%	48%
NSFW	61%	53%	45%	43%	51%
NSFZ	64%	42%	33%	42%	50%
UBS 03	79%	44%	32%	9%	48%
UBS 05 (+ PSF)	93%	3%	12%	13%	52%
UBS 08	76%	49%	30%	21%	49%
UBS 06 (+ PACS)	77%	58%	38%	12%	49%
UBS 07	67%	59%	21%	32%	50%
UBS 02	74%	51%	52%	25%	49%
UBS 01	79%	58%	14%	2%	50%
Total	74%	53%	37%	28%	

motivos para a não concretização de grande número de entrevistas. Desta forma, as dificuldades para a realização das entrevistas domiciliares relacionaram-se, predominantemente, à localização das pessoas e não na sua recusa em receber os entrevistadores.

As razões que os levaram a procurar pelo Pronto-Atendimento estão apresentadas na Tabela 2. Os resultados obtidos são compatíveis com a literatura existente que assinala a utilização de serviços de maior densidade tecnológica por pacientes com queixas

Tabela 2

Razões apresentadas pelos pacientes com queixas compatíveis com a Atenção Básica para procurarem pelo serviço de Pronto-Atendimento.

Razões apresentadas	Frequência (%)
Restrição de horário de funcionamento das UBS/PSF	24,3
Dificuldade em encontrar agenda disponível na UBS	13,6
Não precisar marcar consulta no PA	7,3
Distância da UBS	2,8
Maior disponibilidade de recursos no PA do que na UBS	9,6
Ser mais bem atendido no PA do que na UBS	7,9
Ter mantido bom vínculo com a Unidade Distrital	4,0
Ter queixas do atendimento prestado na sua UBS	7,3
Considerar que poderia precisar de um atendimento de urgência	12,4
Ter sido encaminhado ao PA pela UBS	5,7
Outros	5,1
Total	100,0

compatíveis com a Atenção Primária. A utilização desse serviço de Pronto-Atendimento a urgências e emergências por um mesmo paciente, por 2774 vezes em um período de 5 anos, para procedimentos de AB, conforme a Figura 1, constitui-se em uma situação extrema, mas ainda emblemática. Os pacientes visitados e entrevistados atribuíram o conceito "bom" ao atendimento obtido nas unidades básicas/ PSF em 57,3% dos casos (Tabela 3).

As razões apontadas para essa atribuição de conceitos ficaram centradas em dois atributos da AB: acesso/acessibilidade e a longitudinalidade do cuidado/estabelecimento de vínculos. Os fatores envolvidos no primeiro atributo dizem respeito a aspectos organizacionais da unidade, como o horário de funcionamento permitir que eles as frequentassem, haver disponibilidade de vagas nas agendas, contar com a flexibilidade das equipes para encaixes que lhes permitissem ser atendidos quando a queixa se apresentava, e a adequação tecnológica da unidade em relação às suas necessidades. No segundo atributo, são valorizados os vínculos positivos com os integrantes das equipes, tanto para as da Estratégia Saúde da Família, quanto das UBS tradicionais. Esses resultados estão exibidos na Tabela 4.

As razões referentes à dificuldade do acesso e da acessibilidade, quer geográfica, quer social, finan-

Tabela 3

Conceitos atribuídos pelos pacientes ao atendimento prestado pelas unidades básicas de saúde de referência.

Conceito	Frequência	%
Bom	59	57,3
Regular	16	15,6
Ruim	28	27,1
Total	103	100,0

Tabela 4

Conceitos atribuídos pelos pacientes à unidade de saúde de referência, classificados de acordo com os atributos da Atenção Básica.

Conceito	Atributo	Frequência (%)
Bom	Acessibilidade	37
	Vínculo/longitudinalidade	63
Regular	Acessibilidade	84
	Vínculo/longitudinalidade	16
Ruim	Acessibilidade	70
	Vínculo/longitudinalidade	30
Total		100

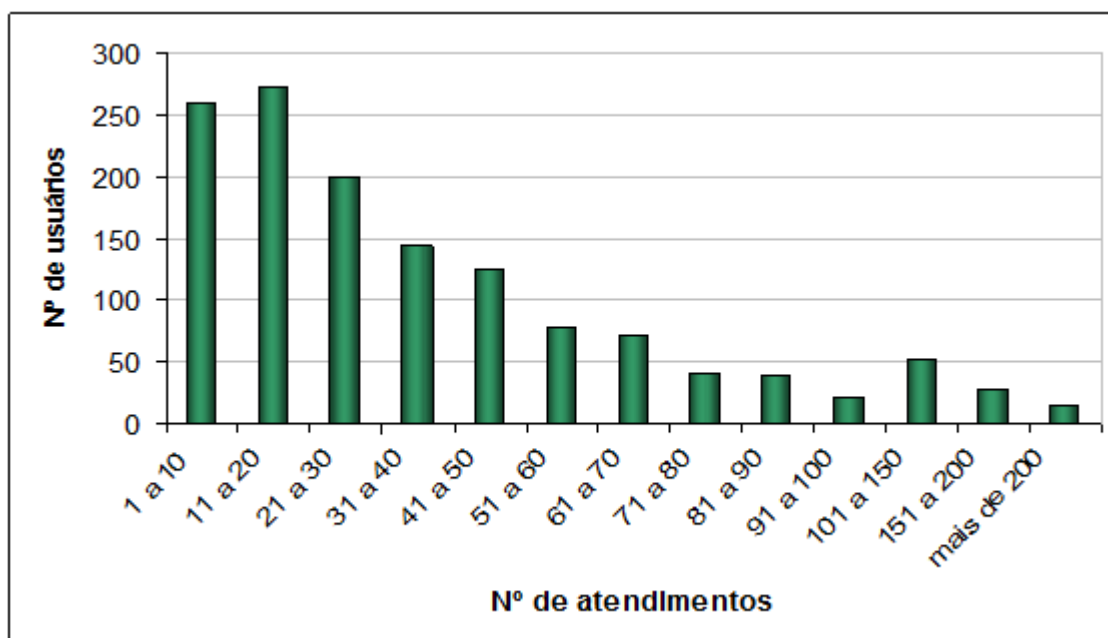


Figura 1. Frequência de atendimento dos pacientes ao SUS, em um período de 67 meses. Ribeirão Preto, 2007.

ceira ou de ordem organizacional dos serviços de AB, se agrupadas, chegam a representar cerca de 58% das razões pelas quais os pacientes procuram o serviço de PA. A restrição no horário de funcionamento das unidades básicas, tanto as organizadas sob a lógica da Estratégia Saúde da Família quanto as UBS tradicionais, mereceria uma atenção especial por parte do gestor, ao representar perto de 25% das razões.

No que diz respeito ao atributo da longitudinalidade do cuidado com estabelecimento de vínculos positivos entre pacientes e membros das equipes de saúde, cerca de 20% dos entrevistados relatam que esse vínculo não foi estabelecido com a atenção básica, mas, em parte, com a unidade de Pronto-Atendimento.

Cerca de 27% dos pacientes avaliaram como sendo ruim o atendimento recebido na unidade básica ou da PSF (Tabela 3), enquanto que mais do dobro referem considerar o atendimento recebido como bom, o que pode reforçar a idéia de que conseguir o acesso ao serviço constitui-se, de fato, em uma das prioridades a serem estabelecidas. Outra possibilidade a ser aventada é que a dificuldade de acesso à AB associada à facilidade relativa ao Pronto-Atendimento e à fragilização dos vínculos a serem estabelecidos, são fatores que podem potencializar a decisão de procurar pelo PA quando o usuário se sente fragilizado diante de certos sinais e sintomas indicadores de que não está bem.

A Portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde, ao definir parâmetros assistenciais para o SUS preconiza uma proporcionalidade entre o número total de consultas médicas realizadas, de forma que a AB represente 63% destas, as consultas especializadas 22% e as de Pronto-Atendimento 15%, aí embutidos 3% de urgências pré-hospitalares. No município de Ribeirão Preto, no ano de 2004, as consultas de PA representaram 30,29%, em 2005 32,42% e em 2009, último relatório de gestão produzido, chega a 46,72%, mostrando que as questões apresentadas por esse estudo fazem-se presentes e carecem de superação.

Considerações finais

Esse estudo pode servir como material de reflexão preliminar para os vários integrantes do processo de gestão do SUS no nível local, no planejamento e tomada de decisões para a organização dos serviços de saúde, e, em especial, os da AB. Outras questões podem ser suscitadas a partir dessa investigação, como: qual a frequência dos pacientes seguidos nos programas? Qual o número médio de retornos previstos e realizados dentro do atendimento programado, em contraste com os usuários do PA?

Os resultados do presente estudo indicam que há um certo número de hábitos que são responsáveis pela exacerbação da demanda congestionando o serviço, que mereceriam ter, por parte dos serviços de saúde, uma resposta mais compatível com os atributos que se espera de uma atenção básica realizada com qualidade.

O estudo sinalizou um elevado número de consultas realizadas em um dado período de tempo, realizada por um grupo, mesmo que restrito de pacientes. Alguns aspectos explicativos foram aqui apontados, como a dificuldade de acesso à AB e a dificuldade de estabelecimento de vínculos positivos entre os pacientes e a equipe de AB, de forma a proporcionar a longitudinalidade do cuidado e sua coordenação.

Todavia, várias lacunas para essa compreensão poderiam ser mais exploradas por outras investigações com foco específico nesse aspecto, possibilitando identificar as fragilidades do sistema de saúde. Em se tratando de um distrito sanitário que conta com a participação de várias unidades acadêmicas da Universidade de São Paulo operando junto às unidades de saúde, processos educativos podem ser desencadeados no sentido do fortalecimento da AB. Entretanto, a questão do acesso destes aos serviços de atenção primária à saúde, aqui configurado como o principal entrave a ser superado, indica que a reorganização do modelo assistencial hoje centrado no Pronto-Atendimento passa, necessariamente, pela ampliação do acesso à atenção básica.

ABSTRACT

One of the main outcomes of care model in Brazil is the burden placed on emergency care services for people with complaints compatible with the Primary Health Care. Despite international studies which show that countries that have organized their health systems from the Primary Care had better levels of health and more efficiently, our system is still predominantly focused on acute health problems. Initiatives to strengthen the Primary HealthCare (PHC), as the implementation of Family Health Strategy and

the creation of the National PHC policy, are enrolling in our country with reference to its four main attributes: attention to the first contact, longitudinality of care, comprehensiveness or completeness care and integration or coordination of care. This study sought to ascertain the reasons for not adhering to basic units and family health (UBS and USF) by patients who sought the service of Attendance (PA) with complaints compatible with the PHC. Descriptive and quantitative approach, developed into a health district with 140,000 inhabitants, comprising teams of Family Health, UBS and BP service to emergency rooms 24 hours. At the emergency unit, were analyzed sheets of two typical months, distinguishing patients with complaints compatible with the PHC of those with complaints and disorders related to PA. We identified its overall frequency to the National Health Service (SUS) and specifically in the PA during the period of 67 months. There were semi-structured household interviews the patients defined by lot. Although coming from 12 different UBS / PSF, 3 of them were concentrated 54.6% of patients who sought the PA. 55% of them sought the SUS by at least 30 times in the period. Among them 14 patients who sought the SUS more than 200 times, one of them by 1012 times, 1097 times for one and other times by 2744, all seeking procedures typical of PHC. Of the 347 visits were obtained 105 interviews. As to the reasons that motivated the search for the PA 76% of patients interviewed indicated factors related to access and accessibility (opening hours, waiting time, distance) and 19% reported aspects of the establishment of ties. They considered that, when met, support for HPC/ PSF is good for 57% and 16% for Regular, Bad for 27% of respondents. The highest technological upgrading of the PA was also mentioned as a stimulus to seek it. Overcome the difficulties pointed requires investments to increase the technical capacity and management system, strengthening of HPC and review of work processes, the Continuing Education and recovery of users in the construction of new social actors.

Key Words: Health assistance model. Primary Health Care. Emergency care health.

Referências Bibliográficas

1. Assis MMA, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. *Saúde Debate*. 1996;52:58-66.
2. Merhy EE. A rede básica com o construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R.(Orgs). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
3. Campos GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*. 2003;102:7-14.
4. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.
5. Mendes EV. (Org.) . *A saúde no nível local*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.
6. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
7. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM de. Porta de entrada pela Atenção Básica: Integração do PSF a rede de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 2003;27:278-89.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2003.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648/2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
10. Starfield B. Primary Care: Is it essential? *Lancet*. 1994; 344: 1129-33.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. Documento de Posicionamento. Renovação da Atenção Primária nas Américas. Brasília: OMS, 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. 6v. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
13. Dornas Jr G, Ferreira JM. Informações de unidades de pronto-atendimento – possibilidades de uso como sentinelas de atenção básica à saúde. *Informática Pública*. 2003;1:27-48.
14. Rodriguez JP, Sanches ID, Rodriguez RP, Acosta AS. Filtro sanitário en las urgências médicas. Un problema a reajustar. *Ver Cubana Méd*. 2001;40:181-8.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1863 de 29 de Setembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Relatório do Complexo Regulador. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2005.
17. Castro LA, Matumoto S. Caracterização da demanda do pronto atendimento do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto. [Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo;1994.
18. Caccia-Bava MCGG , Laprega CPV, Gonçalves M. Plano de Saúde do Distrito Oeste. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2005.
19. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas,1992.
20. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA, Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.