

Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela?

Medium-complexity hospitals in the Emergency Care Network: what does their production reveal?

Fabiane Gorni Borsato¹, Brígida Gimenez Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012406

RESUMO Objetivou-se analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências de uma região de saúde, segundo dados de produção hospitalar. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e quantitativo, com dados secundários referentes ao período de janeiro de 2016 a junho de 2017, obtidos dos hospitais, do serviço de auditoria do município, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Evidenciou-se que 96,2% e 97,4% dos atendimentos nos hospitais A e B, respectivamente, foram a munícipes; a média de 70,8% dos atendimentos nos dois hospitais não foi regulada, sendo 72,3% e 65,2% para os hospitais A e B, respectivamente, com acesso por procura espontânea. Identificou-se que um baixo número de atendimentos de urgência evoluiu para internação; as Condições Sensíveis à Atenção Primária representaram uma média, nos dois hospitais, de 39,3% (17% a 20% dos gastos com internações). Mesmo constituindo referências regionais, esses hospitais demonstraram baixa atuação no atendimento de urgência a usuários de outros municípios, revelando necessidades de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente locais, e buscando a qualificação dos mecanismos regulatórios e comunicativos regionais para a qualificação do acesso aos hospitais estudados.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais. Regionalização. Assistência integral à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *The objective of this study aimed to analyze the performance of two general public hospitals of medium complexity in the Attention to Emergency Care Network of a health region, according to hospital production data. A cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out, with secondary data for the period from January 2016 to June 2017, obtained from hospitals, municipal audit service, Hospital Information System of the Unified Health System and Brazilian National Registry of Healthcare Establishments. It was evidenced that 96.2% and 97.4% of the attendances at hospital A and B, respectively, were from citizens; the average of 70.8% of the attendances in both hospitals was not regulated, being 72.3% and 65.2% for hospital A and B, respectively, with access by spontaneous search. A low number of emergency health care that evolve to hospitalization was identified; Primary Care Sensitive Conditions represented an average, in both hospitals, of 39.3% (17%-20% of hospitalization expenses). Although constituting regional references, these hospitals showed low performance in emergency care to users from other municipalities, revealing the need to expand access to health services, especially local, and seeking the qualification of regional regulatory and communicative mechanisms to qualify access to the studied hospitals.*

¹ Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
fgborsato@gmail.com

KEYWORDS *Hospitals. Regionalization. Comprehensive health care. Public health.*



Introdução

A atenção hospitalar integra uma importante área da assistência em saúde e exige discussões constantes no que se refere à implementação de políticas públicas, na medida em que esta área se torna mais complexa, acompanhando a aplicação das tecnologias em saúde; e onerosa, uma vez que corresponde a 2/3 dos gastos do setor saúde^{1,2}. Neste cenário, amplia-se a complexidade dos processos de gestão da área hospitalar, exigindo maior efetividade nos processos regulatórios, de financiamento, de gerenciamento de tecnologias e na administração dos recursos humanos e físicos.

Todo este movimento no sistema de saúde é reflexo das necessidades de um grupo aumentado de potenciais usuários, originados do crescimento da população idosa e de condições crônicas de saúde, que demandam de maior utilização de tecnologias em saúde³. Além disto, é constante a preferência, por parte da população, pelo modelo centrado nas tecnologias médicas, determinada historicamente a partir da ampliação do porte estrutural dos hospitais, constituindo-se em um nível assistencial hegemônico e de alto custo.

A regulamentação da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início logo a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988⁴ e, ao longo de 30 anos, documentos federais legislaram a respeito desse componente estrutural¹. Em 2013, a Portaria nº 3.390 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), com diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo o perfil assistencial orientado pela demografia e epidemiologia do território⁵.

Mendes⁶ propõe alguns fundamentos para a organização e efetividade das RAS e de seus serviços constituintes:

- Economia de escala, acesso e qualidade: organização da RAS de maneira que serviços de menor economia de escala, cuja distância é fator de acessibilidade, sejam distribuídos

dispersamente; e aqueles com maior economia de escala sejam alocados concentradamente, considerando que a distância possui menor impacto sobre o acesso.

- Territórios sanitários: considerando a necessidade de planejar a assistência com base nas características do território e da população.

- Integração horizontal e vertical: a ‘integração horizontal’ acontece entre serviços de produção semelhantes, com adensamento da produção e ganhos em escala, enquanto a ‘integração vertical’ se dá entre unidades de produção de diferentes níveis de atenção, sob gestão única e com sistemas logísticos eficazes, permitindo gerar valor em rede.

- Processos de substituição: agrupamento de recursos entre e nos serviços de saúde, permitindo melhores soluções, com menor custo, em resposta às necessidades da população e dos recursos disponíveis.

- Níveis de atenção: são arranjos produtivos estruturados conforme densidades tecnológicas, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a atenção secundária e terciária.

É de extrema importância considerar que a relação do sistema hospitalar com a APS deve acontecer de maneira estreita, sendo esta última designada como a coordenadora dos fluxos na RAS. No entanto, mesmo com importantes avanços na ampliação do acesso à APS⁷ e esforços na efetivação da atenção hospitalar, desafios são colocados aos gestores em saúde^{7,8}. Um deles consiste no fato de que os serviços hospitalares com unidades de Urgência e Emergência (UE) apresentam uma procura crescente de pacientes portadores de condições de saúde de menor urgência, originado da demanda reprimida de outros níveis de atenção, o que impõe um volume de atendimento além da capacidade instalada⁸. No Brasil, 90% dos atendimentos nos serviços de UE estão relacionados a casos

clínicos de menor complexidade, passíveis de cuidados na APS⁹.

Esta problemática impõe à gestão a necessidade de refletir sobre o papel do componente hospitalar nas RAS. Esta realidade não representa algo novo, e possui um potencial de agravamento conforme as doenças crônicas avançam, revelando necessidades de incorporação deste tema nas pautas referentes à implementação de políticas públicas e ao planejamento da gestão dos serviços partícipes das RAS.

O uso de dados estatísticos de produção consiste em uma ferramenta de grande valia para os gestores nas análises da situação de saúde, visto que geram informações e apoiam processos gerenciais e de planejamento da atenção hospitalar². Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar a atuação de dois hospitais gerais públicos de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências (RAU) de uma Região de Saúde (RS), segundo seus dados de produção hospitalar.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários referentes à produção de dois hospitais públicos estaduais de uma RS. Estes, aqui nominados Hospital A e Hospital B, consistem em estabelecimentos de média complexidade, vinculados à Secretaria de Estado da Saúde e sob gestão municipal. São hospitais gerais que, segundo o Plano Diretor de Regionalização e o Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de UE, correspondem a equipamentos de abrangência regional, compondo a RAU, com portas de entrada para atendimentos de usuários dos 21 municípios que compõem a referida RS. Localizam-se em um mesmo município, cuja população estimada para o ano 2018 foi de 563.943 mil habitantes, o que corresponde a 58% da população total da RS da qual é integrante e sede. Segundo os dados, o número de leitos corresponde a 114 no Hospital A e a 117 no Hospital B.

Foram coletados dados do período de janeiro de 2016 a junho de 2017, referentes aos atendimentos nas unidades de UE das instituições estudadas. Esses dados foram obtidos de relatórios disponibilizados pelos hospitais em estudo e pela Diretoria de Regulação da Atenção em Saúde (Dras) do município onde estes estabelecimentos estão localizados, que emitem, mensalmente, seus relatórios de auditoria operacional.

Ainda, utilizaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), referentes às internações resultantes dos atendimentos da unidade de UE, sendo esta considerada uma fonte suficientemente capaz de suprir as necessidades de coleta de dados desta pesquisa. A busca no SIH/SUS foi realizada via site do Departamento de Informática do SUS (Datasis), procedendo-se a exportação dos dados para o Programa TabWin, com posteriores cruzamentos.

Outros dados que apoiaram a discussão do presente estudo foram buscados nas bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados foram tabulados e analisados no Programa Microsoft Excel[®] e, posteriormente, foram apresentados por meio de gráfico e tabelas.

Para apoiar a análise e discussão dos resultados, utilizaram-se, como referencial, os Fundamentos das RAS propostos por Mendes⁶, apresentados na introdução.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, sob o parecer nº 2.454.544/2017 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 80493517.1.0000.5225.

Resultados

Os hospitais aqui estudados, estaduais e de referência regional para atendimentos a usuários de 21 municípios de uma RS, estão localizados em um mesmo município, que possui uma rede

assistencial com equipamentos dos três níveis de atenção às urgências, sendo eles: a APS; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); os hospitais deste estudo e o nível terciário de atenção hospitalar, com uma instituição que atende, em sua totalidade, usuários do SUS; e dois hospitais terciários filantrópicos.

O Hospital A apresentou uma média mensal de 5.242 atendimentos a usuários que chegaram até a porta de UE; já em relação ao

Hospital B, este número foi de 2.764 atendimentos (*tabela 1*). Neste período de estudo, a Dras analisou, por meio de sua auditoria, 4.991 (95,2%) e 2.639 (95,5%) das buscas por atendimento nos hospitais A e B, respectivamente. Do total auditado, 96,2% dos atendimentos do Hospital A e 97,4% do Hospital B foram de usuários provenientes do município sede da referida regional de saúde, onde estes estabelecimentos estão localizados.

Tabela 1. Médias de atendimentos hospitalares por critério de regulação ou não regulação e resposta ao chamado por atendimento, nas Unidades de UE dos hospitais A e B, janeiro de 2016 a julho de 2017

	Média mensal de buscas por atendimento	Média mensal de buscas por atendimento auditadas	Média mensal de atendimentos efetivados (auditados)	Pacientes que não responderam ao chamado para atendimento	Atendimentos efetivados regulados	Atendimentos efetivados não regulados
	N	N	N	%	%	%
Hospital A	5.242	4.991	4.451	10,8	12,8	76,3
Hospital B	2.764	2.639	2.042	22,6	12,1	65,3
TOTAL	8.006	7.630	6.493	16,7	12,4	70,8

Fonte: Elaboração própria.

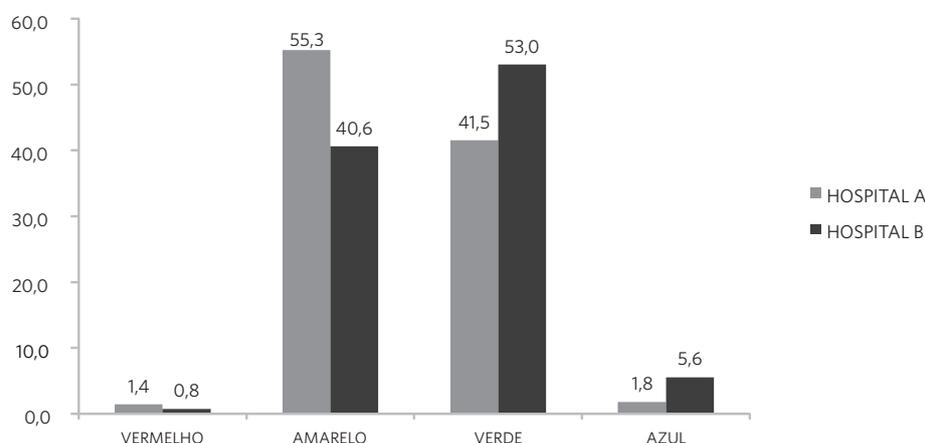
Do total auditado pela Dras, 4.451 e 2.042 atendimentos foram efetivados nos hospitais A e B, respectivamente. Considerando que uma média de 16,7% das buscas auditadas entre os dois hospitais foi de usuários que não responderam ao chamado para atendimento, foi possível analisar 83,2%, considerando o critério de regulação de casos. Do total de casos efetivados nas duas instituições, uma média de 12,4% foi regulada via Central de Regulação de Leitos (CRL), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate); e 70,8% dos casos não foram regulados (*tabela 1*).

Dos casos não regulados, a procura espontânea representou 72,3% para o Hospital A e de 65,2% para o Hospital B. Outras formas de acesso não regulado a estes estabelecimentos

hospitalares se deram por meio de encaminhamentos dos demais estabelecimentos da rede (Unidades Básicas de Saúde e prontos atendimentos) sem regulação formalizada.

As instituições estudadas contam com um protocolo de avaliação do risco dos pacientes que acessam os serviços de UE, com base nas diretrizes de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Os relatórios resultantes dessa metodologia de trabalho mostraram que apenas 1,4% e 0,8% dos usuários atendidos nas unidades de UE dos hospitais A e B, respectivamente, foram classificados na cor vermelha, representando casos de emergência médica. Observaram-se muitos casos de menor gravidade (classificações verde e azul), passíveis de atendimento em níveis primários de assistência à saúde, sendo, em sua maioria, de usuários que acessam via procura espontânea (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição das médias percentuais de atendimentos, segundo as categorias do AACR, nos hospitais A e B, de janeiro de 2016 a julho de 2017



Fonte: Elaboração própria.

Quanto à evolução dos casos atendidos nos hospitais estudados, observou-se que, do total de atendimentos efetivados nos hospitais A e B, apenas 364 (8,2%) e 326 (16%) casos, respectivamente, evoluíram para internação, a partir do atendimento à UE clínica e cirúrgica

(*tabela 2*). Excluem-se deste levantamento os casos das internações cirúrgicas eletivas que não se originam na unidade de UE, obtendo-se um total referente apenas às ‘internações originadas no atendimento de UE’.

Tabela 2. Média mensal das internações por caráter de atendimento (urgência/emergência e eletivas), realizadas nos hospitais A e B, no período de janeiro de 2016 a julho de 2017

Tipos de internações	HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	N	%	N	%
Internações clínicas - urgência	303	58,9	319	60,6
Internações cirúrgicas de urgência	61	11,9	7	1,3
Internações cirúrgicas eletivas	150	29,2	201	38,1
Total de internações	514	100	527	100
Total de internações originadas do atendimento de UE	364	70,8	326	61,9

Fonte: Elaboração própria.

O Hospital B apresentou menor representatividade no que diz respeito às internações cirúrgicas de emergência, uma vez que não representa uma referência regional para estes tipos de procedimentos, realizando-os em menor volume. Ao mesmo tempo, essa mesma instituição apresentou um número ligeiramente superior de internações clínicas originadas da urgência. Considerando o maior volume de internações cirúrgicas provenientes de seu serviço de UE, o Hospital A se manteve com

uma média mensal maior de internações, totalizando 364/mês, ainda que ambas as unidades possuam um número aproximado de leitos.

Os dados mostram que as internações clínicas por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representaram 39,3%, nos dois hospitais. Análise isolada da média de internações infantis nos dois hospitais observou que 44,9% ocorreram por CSAP, tendo maior valor o Hospital B, quando analisado separadamente (*tabela 3*).

Tabela 3. Distribuição dos números de internações nos hospitais de média complexidade A e B, e do percentual de internações por CSAP, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017

	Internações		Internações clínicas adulto e pediátricas		Internações pediátricas	
	Total	Total	% CSAP	Total	% CSAP	
HOSPITAL A	9.267	5.461	36,3	702	38,9	
HOSPITAL B	9.497	5.657	42,3	872	49,8	
TOTAL	18.764	11.118	39,3	1.574	44,9	

Fonte: Elaboração própria.

De todas as internações por CSAP, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o Hospital A e 34,8% para o Hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o Hospital A e 22,6% para o Hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o Hospital A e 16,4% para o

Hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o Hospital A e 10,8% para o Hospital B).

Conforme mostra a *tabela 4*, os casos de internações por CSAP representaram 17,3% e 19,1% dos gastos com internações nos hospitais A e B, respectivamente.

Tabela 4. Valores totais gastos com as internações hospitalares nos hospitais A e B, valores e percentuais gastos por internações por CSAP, janeiro de 2016 a junho de 2017

Gastos com internações	HOSPITAL A	HOSPITAL B
Média mensal de gastos totais com internações	R\$ 284.283,58	R\$ 258.379,36
Média mensal de gastos com internações por CSAP	R\$ 40.763,33	R\$ 48.928,35
Média percentual de gastos com internações por CSAP	17,3%	19,1%

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As instituições estudadas nesta pesquisa consistem em unidade hospitalares gerais de média complexidade, que se assemelham ao possuírem, como mantenedora, a Secretaria de Estado da Saúde, e o município como gestor, responsável pela administração de todo o sistema municipal de saúde, por meio da qual executa o repasse dos recursos provenientes do fundo nacional programados para o custeio da assistência de média e de alta complexidade em seu território. Contam, ainda, com o apoio de uma ação consorciada entre os municípios da região, que acontece por meio de repasse de recurso, contratação de pessoal e para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas eletivas com abrangência regional, o que, no período de estudo, representou uma média mensal de 150 e 201 internações nos hospitais A e B, respectivamente. Desta maneira, a ação consorciada não revela uma atuação clara na articulação intermunicipal no âmbito da regionalização do atendimento de UE.

A esses hospitais são designados papéis importantes na composição da RAU regional e local, tendo ‘portas abertas’ os atendimentos que acontecem em grande volume, especialmente no Hospital A, o que permite inferir uma maior necessidade da população de seu território, bem como necessidades de análise da rede de saúde local disponível para o atendimento à demanda instalada.

A localização de ambos em um mesmo município mostra que existe uma concentração de economia de escala para atendimento aos usuários provenientes da região à qual pertencem⁶. No entanto, estas instituições revelam reduzida representatividade no atendimento às UE para os usuários dos demais municípios da região de saúde onde se inserem. Os dados mostram que grande percentual (96,2% no Hospital A e 97,4% no Hospital B) dos atendimentos foi de usuários provenientes do município onde esses estabelecimentos estão localizados, o que supera a representatividade populacional do município da referida RS (58% da população).

Dubeux, Freese e Felisberto¹⁰, em estudo realizado em unidades de urgência e emergência dos hospitais de referência regional do estado de Pernambuco, mostraram que 74,9% dos atendimentos realizados eram de usuários do município sede, e apenas 19% correspondiam àqueles provenientes de outros municípios da região de saúde. Pesquisa realizada na capital baiana, ao encontrar resultados semelhantes aos da presente pesquisa, sinaliza para a necessidade de discussões referentes à redistribuição da atenção secundária para a otimização de sua abrangência regional como forma de alcançar as metas colocadas em planos de regionalização e diminuir as barreiras de acesso aos serviços¹¹.

Mendes⁶, ao discorrer sobre os fundamentos necessários para a estruturação das redes, coloca a distribuição dos níveis de atenção e suas economias de escala de acordo com as necessidades da população em seus territórios, de maneira que recursos mais escassos (maior economia de escala), a exemplo dos hospitais, se coloquem à disposição da população de maneira mais concentrada, partindo do pressuposto da existência de um apoio de sistemas de referência e contrarreferência efetivos, e que extrapolem os limites do município.

A presente pesquisa mostrou que o acesso, além de geograficamente facilitado aos municípios, acontece, em sua grande maioria, por meio de procura espontânea, com grande parte dos usuários dos dois hospitais acessando os serviços de UE dessas instituições sem regulação. Grande parte dos usuários que acessam os serviços hospitalares de maneira espontânea tem estes serviços como primeiro local para atendimento, como apontou o estudo realizado na capital baiana, cuja instituição estudada foi o primeiro local de atendimento para mais de 70% dos pacientes¹¹. Diversos fatores são apontados como causas para esta situação: confiança/credibilidade depositada pelo usuário na assistência prestada pelo hospital e crescente valorização do desenvolvimento dos sistemas de saúde em torno das tecnologias e da assistência especializada (medicalização da saúde e hegemonia do modelo biomédico); acesso

geográfico facilitado; aspectos relativos aos processos de referência e contrarreferência; e experiências prévias não exitosas no atendimento a situações de urgência e emergência em outros níveis de atenção¹⁰⁻¹³.

Na lógica da RAS, a busca direta dos serviços hospitalares revela a informalidade construída pelos usuários na busca pela assistência à saúde, com a articulação de fluxos que respondam às suas necessidades, de maneira que as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde pelos gestores não sejam efetivadas. A trajetória do usuário ramifica-se pelos serviços, pulverizando-se na medida em que os serviços se fragmentam e que as RAS se apresentam inefetivas. Neste sentido, os usuários buscam e criam maneiras informais para acessarem os serviços de saúde, articulando fluxos que respondam às suas necessidades¹⁴.

O município em questão possui, além dessas instituições à disposição da população, outros equipamentos de saúde para atendimento a urgência e emergência, como a APS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais terciários, em atendimento à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujos objetivos são a ampliação do acesso e o acolhimento de casos agudos em todos os componentes da rede¹⁵. No entanto, o contexto discutido neste estudo não apresenta o cumprimento das diretrizes dessa política, uma vez que as instituições absorvem grande parte dos usuários de outros níveis de atenção, sugerindo um modelo fragmentado de assistência à saúde dentro do território sanitário e demonstrando a inexistência de uma RAU articulada.

As duas unidades estudadas contam com a implementação do protocolo de AACR, que consiste em uma ferramenta baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), e permite a classificação e estratificação dos casos atendidos na unidade de UE segundo sua gravidade, bem como orienta os fluxos do serviço para a redução de filas e do tempo de espera para o atendimento^{11,16}.

Os resultados apresentados, somados à alta procura espontânea nas unidades hospitalares estudadas, reforçam a necessidade de reorganização da rede de serviços com a potencialização dos demais equipamentos de saúde, já que os achados revelaram um grande número de atendimento de casos de menor gravidade (classificações verde e azul) e um reduzido número de atendimentos de casos de maior gravidade. Estes resultados assemelham-se aos de uma UE de um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo, que apresentou apenas 2% dos casos classificados na cor vermelha, enquanto 67% foram classificados na cor verde¹².

Todas as internações clínicas realizadas em ambas as instituições provêm dos atendimentos realizados nos serviços de UE adulto e pediátricas, bem como as internações cirúrgicas de emergência. Como elemento complementar à análise realizada sobre o AACR, tem-se um baixo percentual de casos atendidos no serviço de UE que evoluem para internação, indicando que a maior parte dos casos não necessitaria de cuidados de internação hospitalar e poderia ser passível de atendimento em outras unidades de saúde. Uma análise realizada em estudo desenvolvido em hospital geral público no mesmo município mostrou uma aproximada relação entre o desfecho do atendimento de UE com a classificação do risco nos casos atendidos, já que a maioria dos casos de menor gravidade recebeu alta hospitalar após o atendimento médico¹⁷. Da mesma maneira, outra pesquisa mostrou que 74,1% dos usuários atendidos na unidade de UE receberam alta após a consulta e apenas 0,2% evoluiu para internação, enquanto os demais casos foram encaminhados para outros estabelecimentos de saúde¹².

Ao analisar os casos de internação por CSAP, o presente estudo revelou o importante impacto do funcionamento da APS local na atenção hospitalar ao apresentar um grande número de internações, cujas causas são passíveis de condução no nível primário de atenção, permitindo, também, realizar um diagnóstico sobre a relação e articulação deficiente existentes entre a APS e a atenção

hospitalar de média complexidade colocada em discussão^{18,19}. Para a classificação dos casos de internação por CSAP, a presente pesquisa utilizou a lista divulgada pelo MS em 2008²⁰ e elencou as causas dessas internações.

De todas as internações por CSAP, houve uma maior frequência de infecção de rins e trato urinário (29,2% para o Hospital A e 34,8% para o Hospital B), doenças pulmonares (15,6% para o Hospital A e 22,6% para o Hospital B), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (15,1% para o Hospital A e 16,4% para o Hospital B) e infecções de pele e tecido subcutâneo (10,3% para o Hospital A e 10,8% para o Hospital B).

Estes achados contradizem outros estudos, que apontam as doenças crônicas como primeiras causas de busca por serviços de emergência, tal como aponta pesquisa que identificou como agravo mais referido a hipertensão arterial (51,1%), seguida da diabetes mellitus (18,9%), evidenciando potenciais fragilidades da APS na condução da prevenção e promoção da saúde no âmbito das doenças crônicas¹¹.

Neste estudo, os motivos de busca por atendimento de urgência nas portas hospitalares estudadas e as internações derivadas desses atendimentos, que, em seu conjunto não se constituem em agravos crônicos, levam a reflexões referentes ao acesso à APS no município e à efetividade do atendimento de urgência desse nível de atenção, que deveria se constituir em um componente e coordenador da rede. Estes dados reforçam o papel da APS, de intervenção em agravos semelhantes aos citados, em tempo hábil para a evitabilidade de complicações que levam a internações de pessoas vulneráveis. Mesmo considerando a APS como ordenadora das RAS, situações como a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a queda no potencial de resolução dos casos de saúde por este nível constituem-se em potenciais causas das hospitalizações evitáveis, em algumas regiões de saúde¹⁸. Mesmo que a ampliação da oferta de serviços da APS e melhorias no acesso tenham sido efetivadas em algumas regiões, existem evidências de que esses avanços não foram suficientes para alcançar a integralidade do cuidado¹⁴.

Ainda, a APS continua pouco reconhecida pelos usuários como local de cuidado e porta de entrada para acessar os outros níveis de atenção, prevalecendo a ideia de que este nível consiste em locais de oferta de pequenos procedimentos¹⁴. Esta informação confirma Cecílio et al.²¹, que referem que esta realidade se deve ao fato de que a APS

não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.

Mesmo que evidências mostrem um grande percentual de casos de internações por CSAP, bem como necessidades de ampliação do acesso à APS, alguns avanços desvelados no caminhar do sistema de saúde brasileiro mostraram a relação inversa existente entre as internações por CSAP e as ESF, colocadas em discussão neste estudo. Pinto e Giovanella²², em estudo, apresentaram a ampliação de 2.054 para 41.619 equipes de ESF nos últimos 20 anos, seguida de uma redução na taxa de CSAP, de 120 para 66 internações/10 mil habitantes (redução de 45%), no período de 2001 a 2016. Souza e Peixoto¹⁹, com a análise dos gastos por estas condições, realizadas, no Brasil, no âmbito do SUS, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, revelaram uma expressiva redução em relação aos gastos totais do SUS, considerando que tal resultado pode decorrer da consolidação do nível primário, com a ampliação da cobertura da ESF e, conseqüentemente, a redução das CSAP, de 1999 a 2007.

O município no qual as instituições em estudo estão alocadas contou com um processo de qualificação da APS, a partir da implantação maciça da ESF, no ano de 2001, que, ao longo de alguns anos de estruturação, atingiu cobertura de 70% da população; e, em 2005, contou com 102 equipes de ESF²³. No período de 2008 a 2011, essa cobertura tendeu ao declínio e, em 2012, apresentou uma taxa de 50,6% da população atendida pela ESF²⁴. Ao final de 2016, contava com 86 equipes²⁵, o que, pelos parâmetros atuais²⁶,

equivale a uma cobertura populacional de apenas 47,1%. Esta mudança no panorama da APS e ESF pode ser considerada importante motivo para a alta procura espontânea nas unidades hospitalares, tanto pela dificuldade do nível primário para atender às demandas da população quanto pelas complicações das doenças crônicas, não submetidas a medidas de controle, que levam à necessidade de maior complexidade assistencial.

O atendimento de casos não compatíveis com a realidade hospitalar leva esse setor a encarar uma dificuldade na definição de seu perfil de atendimento, não permitindo que ele atenda às necessidades populacionais nem otimize seus recursos, como traça Mendes⁶, ao dispor a respeito dos processos de substituição como fundamentos de uma RAS. Pesquisa realizada em uma RAS de Florianópolis (SC) mostrou que existe uma demanda reprimida originada da APS, como consequência da restrição de acesso e indefinição de fluxos de referência e contrarreferência, o que gera sobrecarga às instituições hospitalares e falta de clareza quanto ao tipo de serviço prestado pelo nível secundário, além da incompreensão, por parte da população, sobre as atividades desenvolvidas nos hospitais²⁷.

Considerações finais

O cenário exposto neste estudo remete à necessidade de analisar o acesso aos serviços de saúde disponíveis à população nos diversos níveis de atenção, e adequados à realidade dos territórios sanitários.

No âmbito local, os achados sugerem que a gestão deveria rever a prioridade dada à APS na atualidade, analisando e rediscutindo o acesso à APS como equipamento importante no atendimento às urgências, e sua capacidade de resposta às necessidades da população, bem como na sua articulação com os demais níveis de atenção em saúde.

De maneira complementar, no âmbito da região de saúde, cabe aos atores envolvidos na gestão analisar as necessidades de potencialização do papel regional dos hospitais no

atendimento às urgências, e como componentes da RAU. Isso se daria por meio da otimização do acesso da população a níveis de atenção condizentes com suas necessidades ou, ainda, da qualificação dos mecanismos regulatórios e de comunicação, consistindo em um importante desafio mediante a inoperância do Estado como fator de dificuldades para o acesso aos serviços de saúde em níveis secundário e terciário²⁸.

Considerando o alto volume de internações por CSAP e os custos com este tipo de assistência, inovações na transição do cuidado são de grande valia, mediante a qualificação dos processos comunicacionais no movimento de retorno desses usuários da assistência hospitalar à APS, tendo, os hospitais, o papel contributivo na continuidade do cuidado, na prevenção de reinternações e redução dos custos assistenciais, bem como na indução da organização da rede.

Ajustes como esses permitiriam potencializar a representatividade dessas instituições nos limites regionais e na efetividade da RAU. Mas, ainda, devem-se levar em conta as necessidades de superação da dicotomia entre a atenção hospitalar e a APS, constituindo, entre elas, uma relação cooperativa. Ao mesmo tempo, não se pode desvalorizar a APS, como quem não cumpre seu papel na totalidade, visualizando seu potencial de integração nas RAS, com apoio dos sistemas regulatórios²⁹. Tampouco se deve pormenorizar a atenção hospitalar no julgamento ao hospitalocentrismo. Faz-se necessário buscar equilíbrio entre esses componentes da RAS, com sua integração em um sistema de governança regional capaz de potencializar o papel dos hospitais de média complexidade no atendimento às UE, permitindo a eles o cumprimento do papel que lhes é designado.

Colaboradores

Borsato FG (0000-0002-2977-1963)* e Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. *Rev. Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 16]; 41(3):99-113. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0099.pdf>.
2. Aguiar FC, Mendes VLPS. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na gestão Hospitalar. *Rev. Perspectivas em Ciência da Informação* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 2]; 21(4):138-155. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/2690>.
3. Farias DC, Araujo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 13]; 22(6):1895-1904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1895.pdf>.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*. 30 Dez 2013. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Garcia VM, Reis RK. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de Urgência. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 10]; 67(2):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>.
8. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 12]; 39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>.
9. Coelho CFCC, Stein AT. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 15]; 18(2):112-20. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15091/10693>.
10. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis* [internet]. 2013 [acesso em 2018 dez 12]; 23(2):345-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003.
11. Cruz DN, Cangussu MCT, Cristino OS, et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 15]; 15(2):186-98. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15706>.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 25]; 19(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.
13. Arancibia E, Contreras JL, Fábrega R, et al. Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014.

14. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 15]; 23(6):1791-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 8 Jul 2011. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
17. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto-Socorro de um hospital escola [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010. p. 93.
18. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS, et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 18]; 39:1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0067.pdf>.
19. Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 25]; 26(2):285-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [internet]. *Diário Oficial da União.* 18 Abr 2008. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
21. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso 2018 nov 29]; 17(11):2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>.
22. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso 2018 dez 15]; 23(6):1903-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>.
23. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2008-2011. [internet] 2008. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013.
24. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet] 2014. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=6132013.
25. Paraná. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. [internet] 2018. [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
27. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. *Rev. A atenção secundária em saúde: melhores práticas*

- na rede de serviços. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 20]; 21(esp):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.
28. Fonseca JSA, Leal HMS, Silva DTF, et al. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 23]; 23(10):3211-3222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3211.pdf>.
29. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev. Saúde Pública [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 20]; (50):80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf.

Recebido em 28/05/2019

Aprovado em 14/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve