

Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia

Gabriella Novelli Oliveira¹
Michele de Freitas Neves Silva²
Izilda Esmenia Muglia Araujo³
Marco Antonio Carvalho Filho⁴

El objetivo del estudio fue identificar el perfil sociodemográfico y las principales quejas de la población adulta atendida en la Unidad de Emergencia de Referencia (UER). El conocimiento de las características de la población que frecuenta un servicio de emergencia constituye una herramienta de planificación de las acciones en salud. Se trata de un estudio descriptivo/ retrospectivo desarrollado en la UER de un hospital de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo. La muestra fue constituida por los boletines de atención (BAU) del período de enero a diciembre de 2.008. El instrumento utilizado fue estructurado con base en los datos del BAU. La búsqueda espontánea fue hecha por mujeres jóvenes (14 a 54 años) de los barrios próximos a la UER durante la semana y en el horario de las siete a las diecinueve horas. Las quejas más frecuentes fueron: cefalea, lumbago, dolores (abdominal, torácica). Se concluye que el perfil de la muestra fue en su mayoría adulto y joven, en edad productiva, de sexo femenino, con demanda espontánea y en el período diurno en días útiles. Las atenciones apuntaron para quejas de baja complejidad.

Descriptorios: Servicios Médicos de Urgencia; Perfil de Salud; Enfermería de Urgencia.

¹ Alumna del curso de graduación en enfermería, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: novellioliveira@gmail.com.

² Enfermera, Estudiante de Maestría, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: michelefneves@hotmail.com.

³ Enfermera, Doctora en Ciencias Médicas, Profesora, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: iema@fcm.unicamp.br.

⁴ Médico, Doctor en Clínica Médica, Profesor, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: macarvalhofilho@uol.com.br.

Correspondencia:

Gabriella Novelli Oliveira
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
CEP: 13084-971, Campinas, SP, Brasil
E-mail: novellioliveira@gmail.com

Perfil da população atendida em uma Unidade de Emergência Referenciada

O conhecimento das características da população que frequenta um serviço de emergência constitui ferramenta de planejamento de ações em saúde. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e as principais queixas da população adulta, atendida na unidade de emergência referenciada (UER). O método usado foi o descritivo/retrospectivo, desenvolvido na UER de um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo. A amostra ficou constituída pelos boletins de atendimento (BAU), referentes ao período de janeiro a dezembro/2008. O instrumento utilizado foi estruturado com base nos dados do BAU. Os resultados mostraram que a procura espontânea foi feita por mulheres jovens (14 aos 54 anos) dos bairros próximos à UER, durante a semana e no horário das sete às dezenove horas. As queixas mais frequentes foram: cefaleia, lombalgia, dores (abdominal, torácica). Conclui-se que o perfil da amostra foi, na maioria, composta por adulto jovem, idade produtiva, sexo feminino, demanda espontânea e no período diurno em dias úteis. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Perfil de Saúde; Enfermagem em Emergência.

Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit

Acquiring knowledge concerning the characteristics of the population that seeks an emergency department can support the planning of health actions. This study identifies the socio-demographic profile and the main complaints of the adult population cared for in a Referral Emergency Unit (RECU). This descriptive and retrospective study was conducted in the RECU of a university hospital in the State of Sao Paulo, Brazil. The sample was composed of the service's care forms generated for the period between January and December 2008. The instrument was based on data contained in the care forms. Young women (14 to 54 years old), residents of neighborhoods near the RECU, spontaneously sought the service during the week from 7am to 7pm. The most frequent complaints were headache, back pain, abdominal and chest pain. The conclusion is that most of the sample was young adults, of productive age, female, who spontaneously sought the service on weekdays during the day. Most complaints were of low complexity.

Descriptors: Emergency Medical Services; Health Profile; Emergency Nursing.

Introducción

La situación de los servicios de emergencia es hoy motivo de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general y su uso ha sido creciente en las últimas décadas⁽¹⁾, justificado por la existencia de 185 hospitales con perfil de urgencia y emergencia⁽²⁻³⁾.

Las emergencias en salud son situaciones en el cual la atención no puede ser atrasada, debiendo ser inmediata. Ya las urgencias son situaciones en que la atención puede ser prestada en un tiempo no superior a dos horas. Por fin, las situaciones que no son urgentes son definidas como aquellas que pueden ser encaminadas a una atención de ambulatorio de urgencia o para la atención de ambulatorio convencional⁽⁴⁻⁵⁾.

Uno de los argumentos presentados para la demanda excesiva en los Servicio de Urgencia/Emergencia

Hospitalaria es que la mayor parte de las atenciones realizadas es proveniente de problemas 'simples' que podrían ser resueltos en servicios de atención básica o especializada o en servicios de urgencia de menor complejidad. Este perfil de demanda se configura como una de las principales puertas de entrada al sistema de salud y, posiblemente, revela, entre otras cosas, una distribución desigual de la oferta de servicios, no apenas del punto de vista cuantitativo, pero también cualitativo, en la atención básica, especializada y también en la hospitalaria⁽⁶⁾. En este contexto el SUS creó la Política Nacional de Humanización (PNH) Humaniza SUS, que tiene como principio el acogimiento con evaluación y clasificación con riesgo como una de las intervenciones

potencialmente decisivas en la reorganización y realización de la promoción de la salud en red⁽⁷⁾. En Francia se ha observado una mayor búsqueda por los servicios de emergencia clínica, como fuente de atención primaria para muchos pacientes⁽⁸⁾. La proporción de atenciones no urgentes realizadas en unidades de emergencia en el sector pediátrico francés es entre 28 a 76%. En Europa, aproximadamente 40% de las atenciones de adultos realizadas en unidades de emergencia no son urgentes, ya en los EUA esta proporción está entre 5 a 82 %⁽⁹⁾.

En Brasil todavía no hay un sistema de información epidemiológica relacionado a las atenciones en emergencia, sin embargo él está previsto en las Directrices de la Política Nacional de Reducción de Morbimortalidad por Accidentes y Violencia, aprobado en 2.001. Esa directriz tiene por objetivo la monitorización de las ocurrencias de accidentes y violencias, además del conocimiento sobre el perfil de atención en los servicios de emergencia⁽¹⁰⁾.

En la Unidad del presente estudio la atención inicial del paciente es hecha por el enfermero que realiza la verificación de las señales vitales, verifica la queja principal, evalúa los factores de riesgo y hace un breve examen físico dirigido. Cuando posible, el enfermero evalúa el potencial con riesgo de muerte y/o complicaciones del paciente en el estado actual y las clasifica de acuerdo con la prioridad de atención. Los pacientes son clasificados por colores, siendo ellos: rojo (el paciente tiene riesgo de muerte inminente y es encaminado directamente a la sala de emergencia), amarillo (el paciente debe ser atendido lo más rápido posible, sin embargo no corre riesgo inminente), verde (el paciente no corre riesgos, sin embargo tiene una queja que debe ser resuelta con prioridad oportuna) y azul (casos que deberían ser atendidos en la red básica de salud). Entre tanto, hay ausencia de un protocolo de evaluación y clasificación del riesgo y, después de la evaluación del enfermero, el paciente espera ser llamado por el médico para ser atendido, conforme la clasificación del enfermero. Conocer las características de la población que frecuenta un servicio de emergencia es fundamental para la planificación de las acciones en salud, ya que, además de favorecer la disminución de las sobrecargas en los servicios, posibilita a los profesionales de la salud ofrecer un cuidado con seguridad a esa clientela.

Objetivos

Identificar el perfil sociodemográfico de la población adulta atendida en la Unidad de Emergencia de Referencia de un hospital de enseñanza.

Identificar las principales quejas de la población adulta atendida en esa unidad.

Sujetos y métodos

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo con abordaje cuantitativo desarrollado en una Unidad de Emergencia de Referencia (UER) de un hospital de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo. El hospital es de porte grande, de nivel terciario y cuaternario con capacidad instalada para 403 camas⁽¹¹⁾. Todas las atenciones realizadas son integralmente pagadas por el SUS. La UER realiza en promedio 400 atenciones por día; cuenta con ocho camas para pacientes intensivos y cuatro de ortopedia, así como presta cuidados a los que esperan camas de internación.

La población estudiada fue la clientela adulta atendida en la UER, en el período de primero de enero a 31 de diciembre de 2.008. La muestra fue constituida por las fichas de boletines de atención (BAU) que fueron contempladas en el sorteo determinado por el programa SAS, totalizando 300 fichas por mes. La recolección fue realizada por dos de los investigadores utilizando un instrumento desarrollado con base en los datos presentes en el BAU de la UER.

El instrumento contiene datos que posibilitan la identificación y caracterización sociodemográfica y el perfil de las quejas de los usuarios. Contiene los siguientes ítems: iniciales del nombre, número de registro en el hospital, procedencia, sexo y edad. Para identificar el perfil de las quejas de salud manifestadas por la población fueron introducidas las siguientes cuestiones: queja principal que llevó al individuo a buscar el servicio de emergencia, antecedentes personales (enfermedades previas) que pueden influenciar en el problema actual, y valores de las señales vitales en el momento de la consulta de enfermería. Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación (parecer nº1114/2008), fue realizado el llenado de un banco de datos en la planilla del programa Excel (Windows), siguiendo el número de la ficha sorteada. Los datos fueron analizados de forma descriptiva utilizando el programa *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versión 6.12. *The SAS Institute Inc*, 1989-1996, Cary, NC, USA. Para análisis de los horarios de atención, fue establecido que serían clasificados de acuerdo con los horarios de plantón de los funcionarios. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos con soporte del Servicio de Estadística de la Institución.

Resultados

De los 3.600 BAU que deberían componer esta muestra fueron analizados apenas 3.424, ya que 176 no estaban llenados adecuadamente. Los pacientes atendidos

en el período fueron 53,7% del sexo femenino y 46,3% del masculino, el promedio de edad fue de 41,6 años ($DE \pm 34,6$) con edad mínima de 14 años y máxima de 94 años. Entre tanto, el mayor número de fichas (75,5%) correspondió a los individuos con edades entre 14 y 54 años (Tabla 1).

Tabla 1 - Relación de las atenciones por intervalo de edad y sexo

Intervalo de edad (años)	Sexo Femenino		Sexo Masculino		BAUs consultados
	n	%	n	%	
14- 24	418	57,8	305	42,2	723
25-34	375	51,1	360	48,9	735
35-44	320	53,8	274	46,2	594
45-54	298	55,8	236	44,2	534
55-64	204	53,2	180	46,8	384
65-74	130	46,7	148	53,2	278
75-84	82	58,2	59	41,8	141
85-94	20	57,2	15	42,8	35
Total					3.424

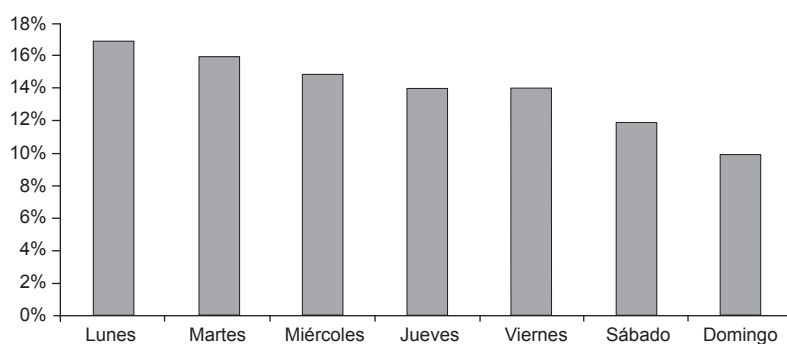


Figura 1 – Distribución de las atenciones por día de la semana.

De los horarios de atención, clasificados de acuerdo con los horarios de plantón de los funcionarios, de las 7:00 a las 12:59h fueron atendidos 1.150 (45%) pacientes, de las 13:00 a las 18:59h 1157 (34%), de las 19:00 a las 23:59h 594 (17%) y de las 00:00 a las 6:59h 118 (3%).

En cuanto a la clasificación con riesgo realizada por el enfermero, el color verde obtuvo 2.306 (67 %). El azul tuvo 622 (18%), amarilla 409 (12%) y rojo 87 (2 %). El tiempo promedio de queja de los usuarios fue de 40 días

Con relación a la búsqueda por la UER, 95,35% fue espontánea con procedencia de 74,8% del propio del municipio, siendo que los barrios de Barao Geraldo y Ciudad Universitaria obtuvieron 4,3%, Centro y Parque Sao Quirino 2,6% cada uno, representando los de mayor utilización del servicio. Otros barrios obtuvieron porcentajes menores y fueron agrupados sumando 84,57%. Los respectivos días de la semana presentaron distribución equilibrada en el número de atenciones y se percibe que la búsqueda fue mayor en el inicio de la semana: lunes 579 (17%), martes, 578 (16%), miércoles 513 (15%), jueves 489 (14%), viernes 487 (12%), sábado 417 (11%) y domingo 361 (10%), (Figura 1).

con mínimo de un día y máximo de 1.095 días.

Fueron identificadas 186 quejas y las diez más frecuentes fueron: cefalea 316 (9,22%), lumbago 225 (6,57%), dolor abdominal 174 (5,08%), dolor torácico 161 (4,70%), dolor en MMII 122 (3,56%), dolor de garganta 109 (3,18%), tos 104 (3,03%), epigastria 103 (3,00%), disnea 98 (2,89%) y disuria 79 (2,30%). No fueron preenchidas las quejas principales en 4% (138) de las fichas (Figura 2).

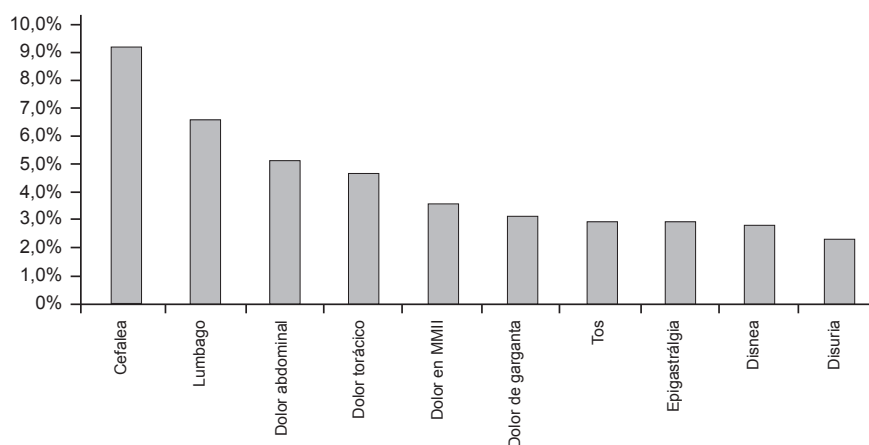


Figura 2 – Distribución de las diez quejas más referidas por los usuarios

La estacionalidad de las quejas no presentó mucha diversificación. En la primavera las quejas más citadas fueron cefalea 65 (7,9%), dolor torácica 49 (6%) y lumbago 48 (6%). En el invierno, la cefalea 79 (9,1%), tos 58 (7%) y dolor abdominal 50(6,1%). En el otoño, cefalea 102 (12%), lumbago 54 (6,6%) y dolor abdominal 39 (4,7%) y, en el verano, lumbago 78 (9,5%), cefalea 65 (7,8%) y dolor abdominal 43 (5,2%).

Los exámenes complementares más solicitados por

el equipo médico fueron: examen de laboratorio (sangre) 260 (7,5%), diagnóstico por imagen (rayos X, ultrasonido y tomografía) 216 (6,3%), cinta urinaria 145 (5%) y electrocardiograma 130 (5%). Entre los procedimientos de enfermería más realizados se tuvo: medicación EV 1450(50 %), medicación VO 290 (10%), recolección de sangre 260(8%), medida de la glucemia capilar 210 (7%), medicación IM 145(5%), medicación SC 60 (2%), curativo 45 (2%) y lavado intestinal 32 (1%) (Figura 3).

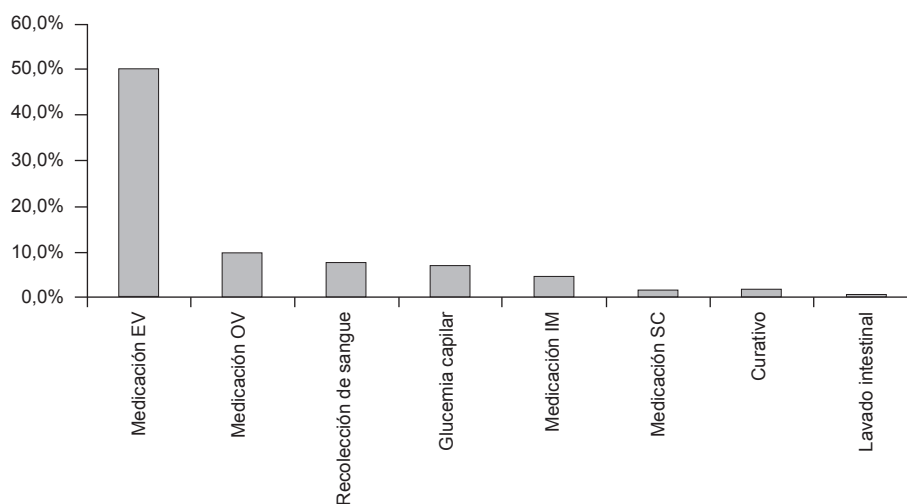


Figura 3 – Distribución de los procedimientos de enfermería más realizados

Del total de BAU analizados, 668 (19,5%) no tuvieron el dato hipótesis de diagnóstico y de los que fueron llenados (transcritos de la misma forma que en el BAU) se obtuvo el total de 384 hipótesis de diagnóstico siendo: lumbago 137 (4%), infección del tracto urinario (ITU) 102 (3%), IVAS 95 (2,70%), cefalea 93 (2,50%), gastroenterocolitis aguda 83 (2,4 %), sinusitis 74 (2,2%), amigdalitis 72 (2%), dispepsia 54 (1,5%), neumonía 54 (1,4%), trauma 49 (1,5%) crisis de hipertensión 48 (1,4%) y asma 35 (1%) (Tabla 2).

Tabla 2 - Principales Hipótesis de Diagnóstico identificadas en los BAU

Hipótesis de Diagnóstico (HD)	n	(%)
Lumbago	137	4,0
Infección del tracto urinario	102	3,0
Infección de las vías aéreas superiores	95	2,7
Cefalea	83	2,5
Gastroenterocolitis aguda	83	2,5
Sinusitis	74	2,1
Amigdalitis	72	2,0
Dispepsia	54	1,5
Neumonía	54	1,5
Trauma (no especificado)	49	1,4
Crisis de hipertensión	48	1,4
Asma	35	1
Otros HD	1870	54,8
Total	3424	

Después ser atendidos en la Unidad, se verificó que la mayoría 2.583 (74,1%) recibió alta, o sea, fue dispensado después de la consulta; 837 (24,4 %) de los pacientes fueron encaminados para otros servicios fuera de la institución y, 10 (0,2%) encaminados para internación en el Hospital.

Durante la consulta de enfermería las mensuraciones de los parámetros vitales de los pacientes presentaron grandes variaciones. La PAS promedio fue 140mmHg (min=70; max=220); PAD promedio 80mmHg (min=40; max=120), del total de 3186 (93%) BAU llenados en cada uno de los datos. La frecuencia cardíaca tuvo promedio de 85 latidos por minuto (lpm) (min=46 ; max=186), del total de 3098 (89,9%) BAU llenados en ese dato y, la respiratoria obtuvo 18 movimientos respiratorios por minuto (min=12; max=32), del total de 318 (9,2%) BAU llenados para ese dato. La temperatura promedio fue 36,5°C (min=33; max=39,5), del total de 1.306 (38,1%) BAU llenados.

En el abordaje de los antecedentes personales de los usuarios se verificó la presencia de casos de diabetes mellitus 248 (7,3%), hipertensión arterial sistémica 708 (20,9%); cardiopatía 177 (5,1%) accidente vascular isquémico 27 (0,8%) y HIV 35 (1%) y, en torno de 6% de respuestas en blanco para cada uno de los ítems investigados.

Discusión

La distribución por género de los pacientes atendidos en la UER obtuvo mayor porcentaje del sexo femenino en relación al masculino. Este perfil de la población fue semejante al apuntado por el DATASUS⁽¹²⁾ del municipio estudiado, que también apuntó 50,74% sexo femenino y 48,98% masculino, otros estudios nacionales corroboraron esta distribución^(1,13-16). Con relación al intervalo de edad que más utilizó la Unidad, se puede percibir que de los 14 a los 54 años sumaron 75,5% de las atenciones lo que demuestra que la búsqueda por el servicio fue predominantemente hecha por la población joven, mujeres, en el intervalo de edad arriba mencionado, fueron las que más procuraron.

La mayor utilización de la UER fue de las personas que residen en los barrios más próximos a ella. Algunos estudios^(1,13-14,17) apuntan que el mayor uso del servicio de emergencia está relacionado a la menor distancia de la residencia al servicio, además de la cultura inmediateista de los usuarios y, aquí se puede hacer una analogía de los pacientes que esperan acceso y tratamiento fáciles y rápidos. En esta investigación el porcentaje de los que residen en las proximidades está abajo de 10%, no es una mayoría expresiva y tal vez no deba ser considerada relevante, entre tanto, el destaque es para los 74% que buscaron la UER espontáneamente, por usuarios del propio municipio, apuntando la falla de la atención, en ese local, apenas del usuario referenciado. En cuanto la demanda masculina por servicios de ambulatorios es descrita, en su mayor parte, como generada por el trabajo o por el seguro social, la demanda femenina representa ser voluntaria, revelando una mayor propensión de las mujeres a buscar cuidados de salud de modo espontáneo^(6,15,18). Varios estudios muestran las causas de la búsqueda de los usuarios por los servicios de urgencia/emergencia hospitalaria, la accesibilidad geográfica es apuntada como uno de los motivos, así como la calidad general de la atención, la resolutiveidad del servicio, el acceso a la medicación y las dificultades de acceso a las consultas en la atención básica^(6,16,19-21).

La estructura organizacional de las Unidades que no son hospitales de atención a la urgencia y emergencia, en la región metropolitana de Campinas, apuntó deficiencias en relación a la estructura física, equipamientos, materiales y medicamentos que son bastante diversificados entre las Unidades en los diferentes Municipios estudiados⁽²¹⁾. La autora relata que este hecho puede volverse una tarea compleja si el tratamiento de los pacientes y el auxilio a la atención primaria no son resueltos, tornando esas Unidades de baja resolutiveidad y llevando los usuarios a buscar los hospitales directamente en la búsqueda de solución para sus problemas de salud.

Los días de la semana con mayor número de atención fueron los lunes martes y el mayor volumen de atenciones ocurrió en el período de la mañana con 45% seguido por el período de la tarde con 34%. Esos períodos con mayor volumen corresponden a los horarios en que las unidades de salud de la red están abiertas y que, a priori, deberían absorber esa demanda^(6,15). Esos hallazgos son corroborados por otros estudios nacionales^(1,6,14) e internacionales⁽¹⁷⁾ que apuntaron la búsqueda por el período diurno. A pesar de que las unidades de salud de la red están abiertas, el modelo centrado en el hospital todavía es el vigente en el país, sin embargo en el campo de la salud las reflexiones sobre las transformaciones ocurridas en el modelo de atención a la salud viene substituyendo ese modelo por la propuesta del programa salud de la familia⁽²²⁾.

En relación a la clasificación de riesgo, ella es una tarea exclusiva del enfermero y debe ser hecha por enfermeros capacitados y con habilidades para reconocer señales y síntomas de gravedad cuando llega un paciente en una unidad de emergencia. En la literatura no hay ningún estudio comparando la clasificación realizada por el enfermero con relación a los colores rojo, amarillo, verde y azul. Lo que fue percibido en ese estudio es que los enfermeros clasificaron 67% de los pacientes en el color verde, eso puede representar la verdadera demanda de la Unidad estudiada, como también ser un dato falso positivo, ya que en el local todavía no existe un protocolo de evaluación de riesgo, el que permite interpretaciones subjetivas de las quejas de los usuarios, por parte de los profesionales que lo realizan.

Con relación a las quejas más frecuentes entre las 186 relatadas por los pacientes estaban presentes: cefalea, lumbago, dolor abdominal, dolor torácica, dolor en MMII, entre otras. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en otros estudios^(1,6,14,16) siendo destacado en la investigación realizada en el sur del país^(1,23) que, síntomas de enfermedades crónicas estuvieron presentes demostrando que casos que no son de emergencia, muy frecuentemente, comparecen a la unidad de emergencia para un manejo que podría ser de seguimiento en ambulatorio. También en esa investigación fue posible observar que el período no interfirió en los tipos de quejas.

De las hipótesis de diagnóstico las más frecuentes fueron: lumbago, infección del tracto urinario (ITU), infección de vías aéreas superiores, cefalea, gastroenterocolitis aguda y otras, presentaron comportamiento semejantes a otros estudios nacionales^(1,14-16). En un estudio⁽¹⁴⁾ los autores relacionaron las hipótesis de diagnóstico con el pico de atenciones como, por ejemplo, a la mayor movilidad de la población en el período de vacaciones escolares y carnaval y al cambio de hábitos alimentares en ese período, siendo destacadas las gastroenteritis,

cefaleas e infecciones virales, según ese estudio el análisis de esos datos sólo fue posible debido a la creación de un banco de datos informatizado.

En esta investigación durante la recolección de datos fue posible observar que no existe un banco de datos digital y el llenado incorrecto con letra ilegible o de forma incompleta dificultó, en parte, la realización de los análisis de los datos. En otra investigación⁽⁶⁾ la segunda mayor causa de la demanda fueron las enfermedades del aparato respiratorio, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo, retratando la pobreza y las condiciones de salud de la población del noreste como factor agravante para esas enfermedades. En relación a los exámenes complementares más solicitados por el equipo médico, en ese estudio, examen de laboratorio (sangre), diagnóstico por imagen, cinta urinaria y electrocardiograma se encuentra el abordaje de algunos de ellos en otros estudio brasileños^(1,13-14), en los cuales se destaca la importancia de las unidades básicas demostrar o tener mayor resolutivez para que la demanda de los exámenes complementares (orina, sangre y electrocardiograma) sea absorbida en la atención primaria a la salud.

Los procedimientos de enfermería más realizados fueron de baja complejidad, envolviendo las medicaciones por las diferentes vías, recolección de sangre, medida de la glucemia capilar, siendo que en la literatura no fue encontrado un estudio que relacionase los procedimientos de enfermería con la carga de trabajo de los profesionales de enfermería en emergencias. El destino del paciente, después de la consulta, fue ser dispensado para la mayoría, lo que apunta la inexistencia de gravedad en las atenciones, a pesar de la variación de los parámetros vitales observados durante la evaluación con riesgo realizada por el enfermero, situación semejante a la encontrada en estudios nacionales de grandes capitales como Sao Paulo, Florianopolis y Salvador^(1,14,16)

Por lo tanto, lo que se percibió con esta investigación fue que la demanda podría ser acogida por la UBS del área de residencia del usuario lo que apunta para la necesidad de orientarlos en cuanto a la utilización correcta de los servicios disponibles en el municipio. Hecho semejante ocurre con las unidades de emergencia que también han sido subutilizadas por aquellos casos que podrían ser tratados y atendidos en las unidades básicas de salud^(21,24-25). Como ya fue mencionado por otro autor⁽²²⁾ la facilidad al acceso de la medicalización y la resolución de los pequeños problemas de salud, en las Unidades de emergencias hace con que muchas personas inclusive sin necesidad de atención de urgencia y emergencia, las busquen. Tal vez sea debido a las diferentes concepciones de los usuarios y profesionales de salud en relación a los

términos urgencia y emergencia.

En este sentido sería importante articular el Hospital (Emergencia), las Unidades no-hospitalarias de atención a la urgencia y emergencia y las UBS para estratégicamente buscar la inversión de ese flujo. Lo que significa que la "puerta de entrada" deba ser iniciada en la UBS y solamente la demanda referenciada sea atendida respetando la jerarquía de la complejidad de los casos. O sea, el hospital debería ser una unidad de referencia para atenciones de situaciones más complejas.

Una reciente investigación de revisión bibliográfica brasileña⁽²⁾ informa que los estudios internacionales sobre intervenciones en las unidades de emergencia sobre la sobrecarga son inconsistentes, ya que son observacionales, no experimentales y utilizan diseños de análisis simples como antes y después de la intervención, con posibilidad de sesgo; sin embargo en el ámbito brasileño se concluye que el tema de súper demanda de las unidades de emergencia debe ser colocado en la planificación de las investigaciones de salud pública, ya que todavía no hay un número suficiente de tesis y disertaciones sobre el tema.

Conclusión

El perfil de la muestra adulta atendida en la UER fue de adulto joven en edad productiva, sexo femenino, procedente del propio municipio, por demanda espontánea y en el período diurno en días útiles. Los atenciones apuntaron para quejas de baja complejidad que por la evaluación de riesgo, conforme los colores obtuvieron: color verde 67%, azul 18%, amarilla 12% y rojo 2%. En el color verde (no corre riesgos, sin embargo tiene que ser resuelta con prioridad oportuna) fue posible observar quejas diversificadas presentando porcentajes abajo de 10%, como ejemplo: cefalea, lumbago, dolor abdominal, dolor torácico, entre otras. En cuanto a la temporada no ocurrieron quejas que tuviesen características relacionadas a ellas. Los resultados apuntaron para una demanda no compatible con el porte de una Unidad de Emergencia de Referencia, o sea, la búsqueda esta subestimada por la población.

Referencias

1. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2007;36(4):18-25.
2. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(7):1439-54.
3. Sá DA. Proposta metodológica para classificação dos

